Sesión del 23 de febrero de 1951

Presidente: Dr. A. Brossa-Bosque

LAS PERITONITIS PRIMITIVAS EN LA INFANCIA

por el

Dr. L Gubern-Salisachs

De la Sección de Cirugía de la Cátedra de Pediatría de Barcelona (Prof. Dr. R. Ramos)
Director de la Sección de Malformaciones Congénitas y Ortopedia del Hospital de Niños Pobres de Barcelona

Las peritonitis específicas (tuberculosa, estreptocócica, gonocócica y neumocócica) pueden simular la apendicitis aguda. El diagnóstico diferencial con ésta es de gran interés práctico, ya que las mencionadas peritonitis, al menos inicialmente, no requieren tratamiento quirúrgico e incluso en algunas de ellas (neumocócicas) éste no parece provocar una agravación manifiesta. Por otra parte, como en la apendicitis, no podemos hacer un tratamiento causal extirpando el órgano a partir del cual se ha contaminado el peritoneo, porque habitualmente la infección, que se efectúa por vía sanguínea, afecta masivamente a toda la cavidad peritoneal. El drenaje del peritoneo es completamente ilusorio, dadas las características fisiopatológicas de la serosa peritoneal. Los modernos antibióticos (sulfamidas, penicilina, estreptomicina, etc.), y los progresos de la terapéutica médica paraquirúrgica en general, además de facilitar la curación, en los casos en que el diagnóstico correcto se ha efectuado precozmente, han reducido los peligros de una intervención exploradora, cuando la sospecha de una apendicitis de cierta gravedad ha obligado a efectuarla.

Peritonitis tuberculosa

La peritonitis tuberculosa aguda puede dar un cuadro clínico idéntico al de la apendicitis. Se consideran como síntomas que deben inclinarnos a sospechar la tuberculosis, la disociación entre el pulso y la temperatura (taquicardia acentuada y fiebre moderada); por otra parte, características de los procesos apendiculares de suma gravedad y la existencia de linfocitosis con moderada leucocitosis.

El diagnóstico se hace habitualmente en la intervención, al comprobar las granulaciones peritoneales, por lo general, más manifiestas en la región ileocecal, en los casos de sintomatología seudoapendicular.

Niña de trece años. Desde hace un año, algias abdominales imprecisas, al parecer más intensas en fosa ilíaca derecha. Cuadro clínico de apendicitis aguda. Diagnóstico operatorio de tuberculosis peritoneal fibrocaseosa en fase de agudización. Por persistir el cua-

dro oclusivo, se coloca sonda de Harris a los siete días. Ésta pasa el píloro a las dos horas. Se retira a los cuatro días. Curación.

Encarnación G. Sin antecedentes familiares de interés. Vivienda en no muy buenas condiciones higiénicas. Comida suficiente. Al año y medio, trastornos intestinales. Hace cerca de un año que tiene algias abdominales paroxísticas que se localizan con más intensidad en fosa ilíaca derecha. No tiene vómitos ni temperatura. Evacuación normal. Buen apetito. No sensación de astenia. Hace tres días algias abdominales, que se acentúan en fosa ilíaca derecha, con sensación nauseosa. No tiene temperatura. Ingresa presentando fuertes algias abdominales, más intensas en fosa ilíaca derecha, y 37'2 grados de temperatura. Los puntos apendiculares son dolorosos a la presión. La maniobra de Meltzer es positiva. Ligera defensa a la palpación de la fosa ilíaca derecha. Temperatura axilar 37'2 grados. Temperatura rectal 38 grados. Con el diagnóstico de apendicitis aguda, se interviene.

El diagnóstico operatorio fué de peritonitis tuberculosa fibrocaseosa en fase de agudización. Después de la intervención presenta un cuadro de íleo paralítico que tiende a acentuarse, aspiración gástrica continua. A los doce días de la intervención, en vista de que persiste el cuadro oclusivo, se coloca la sonda de Harris, que a las doce horas ya ha franqueado el píloro y está en pleno intestino delgado. A las veinticuatro horas ha cedido el meteorismo y mejora el estado general. En sucesivas exploraciones a los rayos X, se comprueba la progresión de la sonda. Se retira a los cuatro días, por haber cedido completamente el íleo paralítico. Seis días más tarde pasa a su domicilio.

Aunque la aireación acostumbra a ser beneficiosa, en estos casos no es recomendable practicarla en período agudo. Sin embargo, el perjuicio que podemos causar interviniendo una peritonitis tuberculosa aguda es menor que el peligro que corre el enfermo, sí, afecto de una apendicitis de cierta gravedad, se abandona a su evolución espontánea. Hay que tener en cuenta, además, que una apendicitis aguda flemonosa puede coexistir con lesiones fímicas íleocecales.

Angelita P., de nueve años. Hace ocho días, algias abdominales de tipo cólico. Evacuación normal. Pérdida de peso y del apetito. Puntos apendiculares francamente dolorosos, con ligera resistencia muscular. Resto del abdomen algo doloroso, principalmente en zona periumbilical. Temperatura axilar, 37'2 grados; rectal, 38 grados. Al tacto rectal dolor, especialmente en la parte derecha del fondo de saco de Douglas. La exploración radilógica del tórax es normal. Apendicectomía. *Hay lesiones inflamatorias agudas manifiestas en el apéndice (estadio úlceroflemonoso). Ciego e intestino delgado con fina granulación de peritonitis fímica.*

Otras veces, el cuadro clínico es mucho más intenso a causa de la perforación de algún ganglio tuberculoso caseificado. Si éste está localizado en la región íleocecal, la semejanza con una apendicitis perforada será manifiesta.

Niño de nueve años. Crisis dolorosa abdominal iniciada en epigastrio e irradiada luego a fosa ilíaca derecha. A las cuarenta y ocho horas, cuadro de peritonitis difusa. Intervención. Numerosos ganglios mesentéricos, uno de ellos ulcerado. Curación.

Pedro G. Sin antecedentes familiares y personales de interés. El 12 de octubre de 1948 empieza a tener dolor epigástrico irradiado a la fosa ilíaca derecha. Al día siguiente, vómitos precoces. Temperatura, 38'5 grados. Vientre cerrado. Es visto a las cuarenta y ocho horas, presentando un cuadro peritonístico con meteorismo, dolor difuso abdominal y algún vómito. Intervención (doctor P. Rubíes Trías).

Laparotomía transrectal derecha. Apéndice apenas congestionado. Pus en peritoneo, color cremoso amarillento. Íleon normal, pero en la parte terminal de su mesenterio existen unos 30 ó 40 ganglios muy aumentados de volumen; uno de éstos ulcerado y con lesiones caseosas, que probablemente debe ser la causa de la peritonitis. Se dejan dos gasas en Douglas, como drenaje. Cierre parcial de la herida, previa colocación de 10 gs. de *sulfatiazol* en polvo, en cavidad peritoneal. A las cuarenta y ocho horas de la inter-

vención, apirexia. A los nueve días se retiran las gasas. Doce días después la herida estaba completamente cicatrizada. Tenía constitución asténica, con ganglios cervicales y Mantoux positivo débil.

La tuberculosis del ciego también puede provocar una reacción peritoneal que simule la apendicitis. Si se palpa una tumoración puede fácilmente achacarse a un *plastrón* o a un absceso de origen apendicular.

La estreptomicina puede ser de utilidad, especialmente en las diseminaciones granúlicas peritoneales.

Peritonitis estreptocócica

La peritonitis estreptocócica se presenta en el recién nacido con puerta de entrada umbilical (erisipela). Da lugar a un cuadro general grave manifestado por trastornos digestivos y convulsiones. El exudado se acumula en los lugares declives. Por eso, habitualmente el fondo de saco del conducto peritoneovaginal distiende las bolsas, las cuales pueden presentar edema. La formación de un absceso localizado es de muy buen pronóstico. La dilatación del mismo suele determinar la curación.

He aquí un caso:

Onfalitis y sepsis. Síndrome abdominal por peritonitis. Dilatación a través del escroto de un absceso del fondo de saco peritoneovaginal derecho. Curación.

Jorge M., de ocho días. Es visto por el doctor FAJARDO, por presentar una onfalitis supurada y un cuadro séptico general. El peso del niño es de 3.150 gs. Ligero meteorismo y vómitos. El síndrome abdominal se acentúa durante tres días a partir de los cuales tiende a decrecer. Seis días después se comprueba la existencia de una tumoración fluctuante, con características inflamatorias en la bolsa escrotal derecha. La abertura del escroto (doctor DEGOLLADA) da salida a un abundante líquido purulento. El enfermo curó sin incidentes.

Si no se ha efectuado el diagnóstico con certeza es preferible correr los riesgos de una laparatomía, por la posibilidad de que se trate de una peritonitis por perforación del apéndice o del intestino. Esta posibilidad no queda fácilmente descartada por la existencia de una onfalitis.

Vimos la necropsia de un niño de diez días, que murió de peritonitis. A los seis días se le practicaron unas maniobras de reducción y contención de una hernia inguinal derecha. Cuando fué intervenido existían señales evidentes de una inflamación pretérita de la cicatriz umbilical. En la intervención se extirpó un divertículo intestinal. En la necropsia se comprobó que el divertículo era el apéndice y que existía una perforación del intestino delgado. El error quirúrgico queda plenamente justificado por el proceso inflamatorio existente; la forma de embudo y la gran movilidad del ciego, propia de esta edad, y la rapidez con que tuvo que practicarse la intervención en un niño cuyo estado general era gravísimo. La perforación fué con toda probabilidad provocada por las maniobras de reducción y contención de la hernia inguinal derecha, que presentaba el recién nacido.

En los mayorcitos la peritonitis estreptocócica suele presentarse como complicación de una angina, faringitis, mastoiditis, sinusitis, escarlatina, erisipela, y hasta el advenimiento de los antibióticos actuales, era de suma gravedad.

El diagnóstico diferencial puede ser muy difícil si no existe ninguno de los antecedentes citados, que, por otra parte, pueden preceder a una apendicitis o coexistir con ella. Por esto, a la menor duda diagnóstica, no debe demorarse la intervención quirúrgica.

Peritonitis gonocócica

Se presenta habitualmente en niños de cinco a ocho años. Bruscamente aparece un intenso cuadro peritoneal. La contractura acostumbra a ser más baja que en la apendicitis y el dolor de localización más impreciso. La diarrea es casi constante. Los labios, azulados, y los pómulos y la frente, cianóticos: es la facies ciánica de BROCA y COMBY. Precozmente aparecen signos que, como el tenesmo rectal y vesical, localizan nuestra atención en la cavidad pelviana y nos orientan a explorar los genitales, donde se comprueba una infección vulvovaginal gonocócica, que ha pasado inadvertida. Con frecuencia este hallazgo se efectúa después de haber practicado una apendicectomía innecesaria.

Asución T., de seis años. Hace dos meses, crisis dolorosa abdominal, con vómitos que le duraron tres días. Hace cuatro días, flujo abundante. Lavajes. Bruscamente, dolor abdominal intensísimo, con vómitos. Facies demacrada. Contaje y fórmula: Leucocitos, 29.400; granulocitos neutrófilos con núcleos segmentados, 96; granulocitos neutrófilos con núcleos en banda, 6; granulocitos polinucleares eosinófilos y basófilos, 0; linfocitos, 3 por 100; monocitos, 0; metamielocitos, 5 por 100. Al día siguiente es vista por nosotros. Comprobamos dolor y defensa en el bajo vientre, más marcados en la fosa ilíaca derecha. Al tacto rectal, dolor franco en el fondo de saco de Douglas.

Apendicectomía. Líquido seropurulento en cavidad abdominal. Apéndice congestionado, como el resto del intestino. A los dos días, el análisis del flujo demuestra la existencia del gonococo en el mismo. Sulfamidoterapia. *Los cuatro primeros días, intensa disuria,* que obligó a practicar el sondaje vesical. Esta disuria persistió hasta la salida de la clínica, diez días después de practicada la intervención quirúrgica. Tres semanas después desapareció el flujo.

En los casos dudosos hay que explorar siempre los genitales. Ahora bien: el hallazgo de una vulvovaginitis, incluso gonocócica, no debe ser motivo para la abstención operatoria si existe la menor duda diagnóstica.

El pronóstico de la peritonitis gonocócica, que ya era relativamente benigno — a pesar de la aparatosidad con que se inicia la sintomatología —, se ha beneficiado extraordinariamente en estos últimos años de los progresos de la antibioterapia.

Peritonitis neumocócica

En la peritonitis neumocócica existe a veces un proceso localizado, también neumocócico y de cierta intensidad, pulmonar, pleural u ótico. En un caso de BARRINGTON WARD, el foco primitivo (empiema) se descubrió en la autopsia. Otras veces coexiste con un proceso ligero bronquial, amigdalar o genital (vulvovaginitis). En muchos casos aparece la peritonitis clínicamente como primitiva. Entonces, la confusión con la apendicitis es más difícil de evitar.

Se presenta habitualmente en niñas de cinco a diez años. Esta preferencia por las niñas ha sido explicada por algunos admitiendo una infección genital ascendente.

La afección se inicia bruscamente con un cuadro peritoneal agudo. Dolor abdominal difuso o predominando en la región periumbilical o en la fosa ilíaca derecha. Vómitos repetidos, diarrea y elevación de temperatura, por lo general, más intensa y brusca que en la apendicitis. Pulso y respiración acelerados. A veces hay incluso aleteo nasal. Con frecuencia existe un herpes labial, la facies está abotagada y las mejillas sonrosadas.

A la exploración sólo se encuentra habitualmente ligera defensa muscular, que afecta de un modo difuso a todo el abdomen, pero predominante, en muchos casos, en el lado derecho. El tacto rectal y vaginal revela la existencia de dolor a la palpación del Douglas. Ninguno de los síntomas mencionados es característico. En cambio, tiene valor para el diagnóstico diferencial la habitual gravedad de los síntomas generales y la poca intensidad de los locales. En gran número de casos, pasado un plazo variable, se forma un absceso periumbilical, que puede diagnosticarse, erróneamente, como de origen apendicular. Sin embargo, en ambas ocasiones debe practicarse la misma terapéutica: la abertura del absceso.

Un niño de siete años es intervenido por nosotros de un voluminoso absceso periumbilical. Diecisiete días antes inició un cuadro peritoneal agudo acompañado de diarrea. Estado general, grave. A partir del quinto día los síntomas generales se atenuaron. Continuó persistiéndole la temperatura, que alcanzó los 39 grados por la tarde. Cuando fué visto por nosotros ya existía edema de la pared.

Los datos de laboratorio tienen indiscutible importancia, pero no nos permiten efectuar un diagnóstico correcto en todos los casos. La leucocitosis acostumbra a ser más elevada que en la apendicitis. La velocidad de sedimentación globular está precozmente aumentada, a diferencia de lo que ocurre en la apendicitis.

El hemocultivo puede ser negativo en la peritonitis; además, su resultado tardío le quita toda utilidad práctica. La hiperinosis, típica de todos los procesos neumocócicos, es bastante constante (PAPAIOANNOU). En la fase inicial, la presencia del neumococo en la secreción vaginal sólo tiene valor si es muy abundante.

El diagnóstico diferencial con la apendicitis puede ser de importancia vital. En caso de tratarse de una apendicitis, el cuadro clínico correspondería a una forma de cierta gravedad, en la cual la contemporización sería muy peligrosa. Por otra parte, se ha insistido repetidamente en que, en la peritonitis neumocócica, la intervención agrava extraordinariamente el cuadro clínico que, a pesar de su aparatosidad inicial, cura espontáneamente en la mayoría de los casos, por reabsorción del exudado o, con más frecuencia, gracias a la localización del proceso. La mortalidad en los casos intervenidos antes del empleo de los antibióticos oscilaba entre el 72 y el 100 por cien.

La paracentesis exploradora, no peligrosa empleando una técnica correcta (1), sería de gran utilidad si nos permitiera investigar la presencia del neumococo en el exudado. Ahora bien: desgraciadamente, en los períodos iniciales — que es cuando más interesa efectuar un diagnóstico correcto — no siempre hay suficiente cantidad de exudado para que sea posible su extracción mediante la punción. Más adelante, a partir de las cuarenta y ocho horas, según JONES (2), la punción está contraindicada por la posible existencia de adheren-

(1) Hay que utilizar una aguja de bisel corto e introducirla, muy lentamente, con el mandril colocado; así se evita perforar el intestino en lugar de rechazarlo. Al llegar a la cavidad peritoneal se retira el mandril y se aspira. Debe administrarse previamente un hinóptico al niño y anestesiar localmente el lugar de la punción. En la primera infancia hay que apelar forzosamente a la anestesia general, lo que, indudablemente, disminuye la utilidad del método.

(2) JONAS, R.: Zentralbat. f. Chir., 66, 2102 (1939).

cias intestinales en vías de organización. Entonces, por lo general, ya no es necesaria para efectuar el diagnóstico.

Si no ha podido hacerse con certeza el diagnóstico de peritonitis neumocócica, la conducta recomendada es una incisión exploradora en la fosa ilíaca derecha — que algunos, como ROVIRALTA, aconsejan practicar con anestesia local en los niños mayorcitos —, seguida del examen microscópico del exudado. Si se confirma la existencia del neumococo ya se puede dar la intervención por terminada y proceder rápidamente a la sutura de la pared.

A nuestro juicio, esta conducta no es lícita. Aparte de un posible error en el examen bacteriológico, en los casos precoces — como nos ocurrió a nosotros en un caso y a ROVIRALTA en otro que intervino, según él, indebidamente a las cinco horas de iniciar el síndrome (3) —, el tiempo que se tarda en identificar el neumococo es más que suficiente para que un cirujano no excesivamente hábil explore el apéndice y lo extirpe, si no parece normal, sin agravar de un modo manifiesto el traumatismo operatorio. Por otra parte, con esta conducta no se interfiere el mecanismo de curación de toda peritonitis generalizada, o sea, la limitación del proceso, si es que la intervención se practica en los períodos iniciales.

La exploración del apéndice y su eventual extirpación quedan justificadas, además, por dos razones:

1. El estado actual de la medicina paraquirúrgica y especialmente los progresos de la antibioterapia han mejorado en tal forma el pronóstico de esta afección, que están justificadas las maniobras quirúrgicas recomendadas, con la certeza de que, en caso de tratarse de una peritonitis neumocócica, obtendremos una curación con más seguridad y rapidez que la que se obtenía, hace algunos años, con la abstención operatoria.

2. La existencia de apendicitis neumocócica, cuya evolución hacia la gangrena ha sido comprobada en un caso por FEVRE.

He aquí un caso de peritonitis neumocócica, en el cual el examen bacteriológico del exudado no pudo aclararnos el origen neumocócico del proceso en el momento de la intervención. La biopsia del apéndice extirpado demostró la existencia de lesiones crónicas, en fase de agudización, al parecer más intensa en las proximidades de la serosa. La intervención no impidió el rápido restablecimiento que solemos observar en estos casos con la penicilinoterapia.

Niña de tres años y medio. Desde hace nueve días, crisis dolorosa abdominal y diarrea. Intensificación aguda del cuadro clínico, con defensa abdominal generalizada y vientre cerrado. Flujo vaginal. Intervención, con el diagnóstico de probable peritonitis neumocócica. El examen del exudado, durante la intervención, no confirma con certeza la existencia del neumococo. Apendicectomía, penicilinoterapia. Curación.

Asunción Ll. Sin antecedentes familiares de interés. Frecuentes parasitosis intestinales. Hace diez meses tuvo, al parecer, una disentería que curó bien. El 15 de junio de 1949 tuvo un cuadro con dolor abdominal difuso, palidez y sudoración; deposición normal; estado nauseoso. Durante los días siguientes presenta crisis dolorosas abdominales, que la niña refiere a hipogastrio, con cefalalgias y pérdida del apetito. Estas crisis, con duración aproximada de tres horas, se acompañan de deposiciones diarreicas. El día 24 por la mañana, dolor mucho más intenso en abdomen, con un vómito; fiebre, 38'5 grados. No depone. Recuento leucocitario, 26.500; mielocitos neutrófilos, 0'5; polinucleares

(3) ROVIRALTA, E.: *El abdomen quirúrgico del niño*. Edit. Salvat, 1946.

neutrófilos de núcleo en banda, 45'5; segmentados, 45'5; linfocitos, 8'5. Se observan alteraciones tóxicodegenerativas bastante intensas en los granulocitos. Su médico de cabecera, doctor SOLER-SANZ, solicita que veamos a la enfermita. A la exploración, comprobamos defensa abdominal manifiesta que, aunque generalizada, parece algo más intensa en fosa ilíaca derecha. Al tacto rectal, muy dolorosa la palpación del fondo de saco de Douglas. Ligero flujo vaginal. Temperatura axilar, 38'5 grados; rectal, 39'3 grados. Se piensa en una peritonitis neumocócica. Se busca otro posible foco neumocócico en el aparato respiratorio o en faringe, no encontrando nada anormal. Se ingresa en la clínica y se interviene.

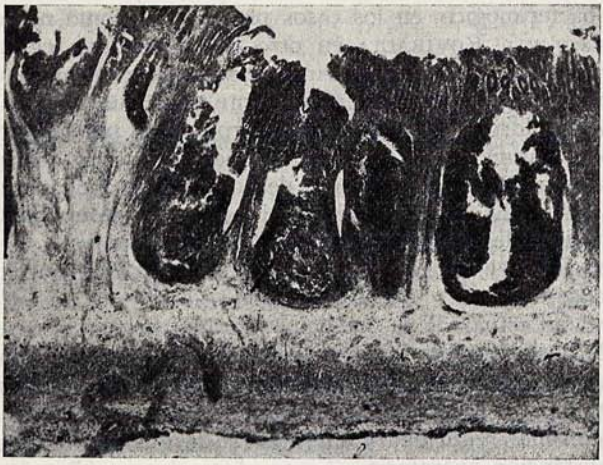

FIG. 1. — En la mucosa existe un cuadro de hiperplasia linfática, sin otras lesiones evidentes, salvo una discreta infiltración y edema de la submucosa. En la serosa, infiltración leucocitaria escasa. Las lesiones mucosas, más bien de tipo crónico; en cambio, las escasas lesiones serosas son evidentemente agudas. (Microfotografía, doctor J. RUBIO ROIG).

Al abrir el peritoneo sale abundante líquido seropurulento, inodoro y ligeramente achocolatado. El apéndice es de situación láterocecal interna; está turgente y flogoseado, pero parece estarlo más como consecuencia de la peritonitis existente que por lesiones propias. En el fondo de saco de Douglas hay acumulada buena cantidad de pus. Se exploran los ovarios, apareciendo muy congestionados, con dilataciones vasculares y puntos hemorrágicos. Apendicectomía, según técnica habitual. Mientras la terminábamos nos transmiten el resultado del examen del pus (polinucleares abundantes y predominantes; grandes mononucleares, bastantes diplococos Gram positivos, escasos estreptococos, tipo corto). Sulfamidación con 3 gs. de *pentaltiazol*. Cierre de la pared por planos.

Macroscópicamente, el apéndice abierto aparece ligeramente congestionado, pero no se aprecian lesiones claras de la mucosa. Por el método de GRAM no se observan gérmenes. El resultado de la biopsia dice así: "En la mucosa existe un cuadro de hiperplasia linfática sin otras lesiones evidentes, salvo discreta infiltración y edema de la submucosa. En la serosa, escasa infiltración leucocitaria. Las lesiones mucosas son más bien de tipo crónico; en cambio, las leves lesiones serosas son evidentemente agudas" (fig. 1). Se le administra penicilina hasta el octavo día. El curso es normal, quedando apirética a partir del segundo día. Es dada de alta al noveno día postoperatorio.

A los ocho días presentó nuevamente algias abdominales, fiebre y leucocitosis (19.000). Todas sus molestias cedieron a las cuarenta y ocho horas de volver a administrar penicilina.

Un caso de peritonitis neumocócica grave que por no tener certeza en el diagnóstico fué intervenido. A pesar de un curso postoperatorio tempestuoso, se obtuvo la curación. La aspiración intestinal fué lo que probablemente salvó a la enfermita, que parecía irremisiblemente perdida.

Ingresa en el Servicio del profesor RAMOS una niña afecta de un proceso abdominal agudo, con íleo intestinal intenso. A la palpación del abdomen se comprueba dolor generalizado, más intenso en fosa ilíaca derecha. Se piensa en una probable peritonitis neumocócica, pero no se descarta el diagnóstico de apendicitis. Antibioterapia. A las veinticuatro horas se agrava su estado y es intervenida en el Servicio de Urgencia (Jefe profesor PIULACHS).

Se comprueba la existencia de una peritonitis neumocócica, que el cultivo del pus confirmó. Como el meteorismo era muy intenso, se coloca la sonda de mercurio. El meteorismo cede y el estado general mejora. Por la noche, los familiares deciden trasladar la niña a su pueblo (distante de Barcelona más de 100 kilómetros), por temor de que muera en el hospital. Curación.

Una peritonitis neumocócica en la que, por error diagnóstico, se practicó una laparatomía exploradora. A pesar de la suma gravedad del caso, la intervención no impidió el restablecimiento rápido, aunque no definitivo, del enfermito.

Niño de trece años. Proceso respiratorio subagudo, hace mes y medio. Desde hace quince días, algias en hemitórax izquierdo, que se irradian al epigastrio. Luego, se extienden por todo el abdomen. Es visto en plena peritonitis generalizada. Estado general, muy grave. Laparotomía. Peritonitis sin ninguna localización. Neumococo en el exudado. Antibioterapia. Veintiún días después, absceso del Douglas. Penicilina local y parenteral. Curación clínica, que dura sólo unos días. Curación definitiva, con persistente penicilinoterapia.

Juan A. Hace un mes y medio se acatarró, con temperaturas subfebriles, quedándole astenia y anorexia, hasta que, a los quince días, siente unas algias en la base del hemitórax izquierdo, intermitentes y que aumentaban con los movimientos respiratorios y se irradiaban al epigastrio. Sin temperatura. Estreñimiento. La ingestión de alimentos le incrementaba las algias. Tuvo que encamarse porque las algias se extendían por todo el abdomen y aumentaban la temperatura hasta 39 grados. No defecaba, pero expulsaba gases. No había trastornos urinarios, ni vómitos, ni hipo. El abdomen estaba meteorizado, pero permitía percibir la contractura abdominal generalizada. Toda la pared abdominal, dolorosa a la palpación. Estado general, muy grave. Facies peritonítica. Pulso a 130 e hipotenso, 38.500 leucocitos por milímetro cúbico. Polinucleares neutrófilos, 94; eosinófilos y basófilos, 0; linfocitos, 5; monocitos, 0 y mielocitos, 1. Aunque los antecedentes respiratorios hacen pensar en la posibilidad de una peritonitis neumocócica, se interviene con el diagnóstico probable de peritonitis generalizada de origen apendicular.

Laparatomía media infraumbilical. Gran cantidad de pus en cavidad abdominal, inodoro y bien trabado. No se encuentra lesión visceral que pueda haber provocado la peritonitis. Cierre por planos.

Frotis del pus, neumococo. Penicilina y sulfamidoterapia. A los doce días sale de la clínica.

Nueve días más tarde, tenesmo rectal y temperaturas. Por tacto rectal, tumoración, que abomba en el fondo de saco de Douglas. Leucocitos, 13.200 por milímetro cúbico; eosinófilos, 4; basófilos, 0; neutrófilos, 77; linfocitos, 15, y monocitos, 4. Se vacía por punción el absceso, que contenía unos 5 c.c. de pus y se inyecta penicilina en su cavidad.

El examen del frontis demuestra la existencia de abundantes piocitos, alguna célula endotelial, hematíes y ningún germen. Penicilina por vía parenteral. Seis días más tarde sale de la clínica, sin presentar ninguna molestia. Al tacto rectal no se aprecia dolor ni abombamiento del Douglas.

Quince días después vuelve a presentar, aunque más atenuado, el mismo cuadro clínico que obligó a puncionar el Douglas. Ceden rápidamente sus molestias administrando nuevamente penicilina. Curación definitiva.

A pesar de que en el pus del absceso de Douglas no se encontró neumococo, todo hace suponer que una forma de este germen, de cierta penicilinorresistencia, ha sido la responsable de que la curación no se obtuviera rápidamente.

Vamos a exponer a continuación el resumen de las historias clínicas de dos probables apendicitis neumocócicas.

Crisis dolorosas abdominales, vómitos y deposiciones diarreicas. Apendicectomía. Mikulicz. Se halla neumococo en el exudado. Fístula cecal. Absceso en el muslo. Continúa con la fístula cecal y presenta nuevas crisis dolorosas. Veinte meses después de la intervención, fístula intestinal umbilical. Meningitis. Muerte.

Consuelo N., de cinco años. Sin antecedentes familiares ni personales de interés. Fué operada el 22 de enero de 1936, después de presentar, durante cuarenta y ocho horas, crisis dolorosas abdominales, con vómitos abundantes y deposiciones diarreicas.

En la intervención se halló una cavidad peritoneal llena de exudado seropurulento, en el que flotaba un apéndice congestionado, que fué extirpado, dejando colocado un drenaje a lo Mikulicz.

El curso postoperatorio fué en extremo accidentado. Fiebre alta, deposiciones diarreicas abundantes y aparición, al tercer día, de fenómenos broncopulmonares.

A los siete días de operada se examina la supuración, encontrándose gran abundancia de bacilos Gram negativos y neumococos.

A los diez días comienzan a salir materias fecales por la herida. El 27 de febrero de 1936 se le dilata un absceso del muslo. El pus no contiene gérmenes. La enfermita continúa quince días más con fiebres altas, supuración de la herida, mal estado general; cediendo entonces la temperatura y cesando la supuración. Es dada de alta el 23 de marzo, con una fístula estercorácea.

El día 13 de julio de 1936, ingresa, presentando un cuadro abdominal agudo, dolor, vómito y ligera defensa muscular. Este cuadro clínico cedió espontáneamente. Continúa con la fístula cecal. El 10 de marzo de 1937, nueva crisis abdominal aguda. El 16 de octubre de 1937, después de varios días de presentar una tumoración, con características inflamatorias, en la región umbilical, aparece una fístula estercorácea a este nivel. Cuadro clínico de meningitis de evolución tórpida. Fallece el 2 de noviembre.

Roviralta, que publicó nuestro caso en 1936, junto con uno suyo y otro de Raventós (4), pone muchos reparos a la etiología apendicular del proceso, aunque admite como muy probable el origen neumocócico del mismo. Insiste en las analogías clínicas con el caso por él observado — gravedad y persistencia del cuadro después de la extirpación precoz de un apéndice no gangrenado, fistulización entérica, prolongación durante meses de la supuración, presencia de fenómenos broncopulmonares y aparición de abscesos metastásicos —. El que el pus del absceso metastásico fuera estéril, se explica por la facilidad con que el neumococo desaparece espontáneamente en los procesos enquistados.

Apendicitis aguda en un niño de trece años. Apendicectomía. Oclusión postoperatoria, por probable absceso en formación. Antibioterapia (penicilina, y ésta asociada a la estreptomicina, a partir del segundo y cuarto días, respectivamente). A los ocho días, en gravísimo estado, sonda de Harris y oxigenoterapia. Mejoría manifiesta, pero no cesación absoluta del síndrome oclusivo. La sonda no pasa de las primeras asas yeyunales. A los seis días de intubación, intentando practicar una enterostomía, se da salida a abundante exudado serofibrinoso, rico en neumococos. Ligera mejoría. Al día siguiente nuevas maniobras involuntarias de drenaje. Expulsión abundante de gases. La sonda llega al final del íleon. Curación.

---

(4) Roviralta, E.: Arch. de Med. Cir. y Esp. Madrid, 1936.

Pedro G. Sin antecedentes familiares de interés. Lactancia mixta. Sarampión y tos ferina. Hace dos años, amigdalectomía. Hace ocho días, dolor abdominal generalizado, que a las doce horas se localiza en la fosa ilíaca derecha. Temperatura, 37'4 grados.

Se interviene a las doce horas (doctor GARRIGA). Apéndice muy adheredo, retrocecal, incurvado y retraído; placa de necrosis incipiente en ciego. Apendicectomía e invaginación del muñón. Sulfamidas locales y drenaje.

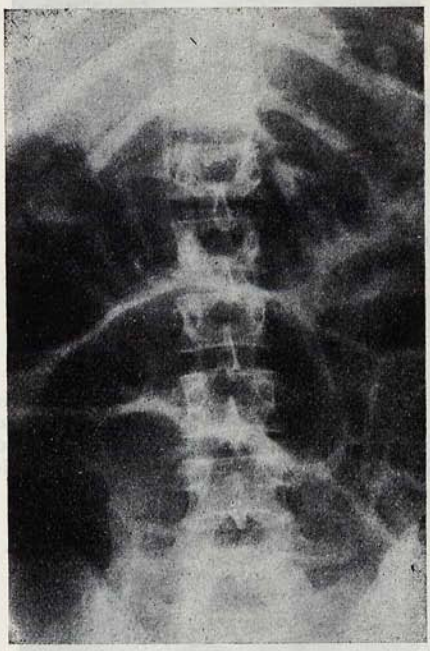

FIG. 2. — Distensiones gaseosas intensas en todo el intestino delgado, sin niveles líquidos acusados. La disposición de las asas dilatadas es en tubo de órgano. No hay gas en colon. Oclusión en final del íleon. (Radiografía, doctor VALLRIBERA).

A partir del segundo día meteorismo que va en aumento, vómitos y temperatura que no sobrepasa los 38 grados. Desde el día siguiente de la intervención, penicilina, a la dosis diaria de 150.000 unidades. Al quinto día se inicia un tratamiento con estreptomicina, a la dosis de 2 gs. diarios. El enfermo ingresa en el Servicio (24-X-47) en grave estado. No habla y presenta acentuada depresión física y moral. La facies, ligeramente congestionada en especial en mejillas. Vientre muy abultado, acentuado timpanismo y borborigmos. Herida operatoria en fosa ilíaca derecha, con bordes muy prominentes. Tacto rectal doloroso. Douglas, no ocupado. Radiológicamente se comprueban distensiones intensas en todo el intestino delgado, sin niveles líquidos acusados. La disposición de las asas dilatadas es en tubo de órgano (fig. 2). Leucocitos, 11.600; basófilos, eosinófilos, mielocitos y metamielocitos, 0; neutrófilos con núcleo en cayado, 20 por 100; neutrófilos con núcleo segmentado, 58; linfocitos, 16; monocitos, 6. Diagnosticamos una oclusión del final del íleon, mixta, mecánica y paralítica, provocada por un absceso en formación. Se coloca la sonda de Harris, la cual, al día siguiente ya había franquedo el píloro. Se continúa la administración de penicilina y estreptomicina. Oxigenoterapia, plasma, vitaminas hidrosolubles, etc.

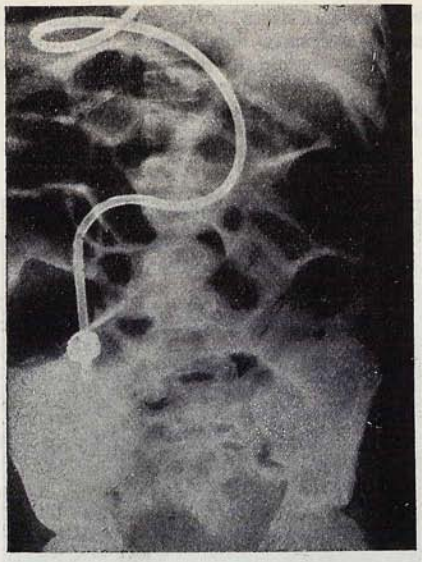

FIG. 3. — La sonda colocada en los días anteriores no llega a introducirse más allá de las primeras porciones yeyunales. Persisten, por tanto, las distensiones del delgado, si bien ya no están tan acusadas. (Radiografía, doctor VALLRIBERA).

FIG. 4. — Se practica una enema opaca. Colon radiológicamente normal. Válvula ileocecal incontinente, llenándose la porción terminal del íleon. (Radiografía, doctor VALLRIBERA).

El 26-X-47, expulsa gases, iniciándose a partir de este día una franca disminución del meteorismo. Sin embargo, continúa apreciándose un asa intestinal que, desde el vacio izquierdo se extiende hasta la herida operatoria, en cuyo lugar parece hacer franca prominencia. Peristaltismo visible de dicha asa. La exploración clínica no ha permitido, hasta ahora, comprobar la existencia de ningún absceso causante del cuadro oclusivo. Radiológicamente se comprueba, el 30-X-47, que la sonda de Harris permanece aún en las primeras porciones yeyunales (fig. 3). En vista de que la aspiración intestinal, aunque ha actuado muy favorablemente, es impotente para solucionar el cuadro oclusivo, se decide una enterostomía a nivel de la herida (1-XI-47).

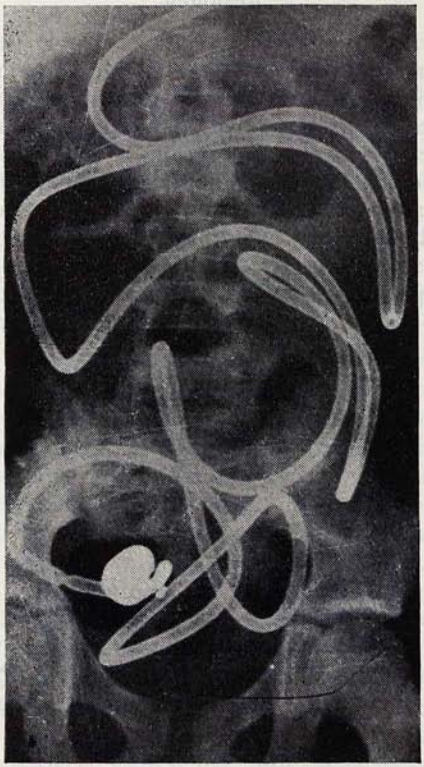

FIG. 5. — La sonda ha llegado al final del delgado, habiendo casi desaparecido la oclusión anteriormente apreciada. Apenas se distingue gas en el delgado. (Radiografía, doctor VALLRIBERA).

Se practica una enema opaca. Colón radiológicamente normal. Válvula ileocecal incontinente, llenándose la porción terminal del íleon (fig. 4). Se intenta perforar un asa intestinal previa punción, pero el termocauterio abre una cavidad de la que salen unos 200 c.c. de exudado serofibrinoso, en el que se comprueba la presencia del neumococo.

Por la noche, emisión de algún gas y deposición diarreica fétida. El 2-XI-47 se intenta nuevamente fistulizar un asa en la herida, dando con ello salida a exudado serofibrinoso en abundancia. El 3-XI-47, durante la noche, ha expulsado gran cantidad de gases. El abdomen está mucho menos distendido. El 5-XI-47, abdomen normal, radioló-

gicamente se comprueba que la sonda ha llegado al final del íleon, habiendo casi desaparecido la oclusión que anteriormente se apreciaba (fig. 5). El 8-XI-47, se retira la sonda de Harris y el 21-XI-47 es dado de alta en la clínica.

Aunque atribuímos la existencia del neumococo en el exudado intraperitoneal a una mayor eficacia de la estreptomicina en relación con la penicilina (5), una nueva revisión detallada de la historia nos ha convencido de que, con toda probabilidad, podía admitirse la etiología neumocócica del proceso.

Resumen

En resumen, nuestra conducta ante una probable peritonitis neumocócica será la siguiente: Si no nos atrevemos a eliminar con certeza la existencia de una apendicitis, practicaremos una incisión en la fosa ilíaca derecha. Mientras se intenta la identificación del germen, exploración quirúrgica del apéndice, seguida de su extirpación a la menor sospecha de que presente mayores lesiones que las asas intestinales contiguas. Tanto si se trata de una peritonitis neumocócica como de una apendicitis — en cuyo caso habitualmente no constituye una forma grave —, la identificación de los gérmenes que contiene el exudado intraperitoneal y su examen bacterioscópico — al que CANDOLIN concede gran valor pronóstico, ya que ha observado un paralelismo entre la mortalidad y el número de bacterias que contiene el pus — orientará el tipo de medicación antibiótica y la dosis de la misma.

(5) GUBERN SALISACHS, L., y PANADÉS, L.: Revista Española de Pediatría, tomo IV, núm. 1, págs. 42-49, enero-febrero de 1948.