

APENDICITIS y FLEMON PERINEFRITICO

Consideraciones Generales

Por el Dr. PABLO PEROVIC

Está absolutamente demostrado que el apéndice produce sin número de complicaciones a distancia, muchas de irreconocible identidad y que es necesario estar alerta a fin de poderlas despistar y nada mejor para pesquisarlas que pensar en ellas, para entrar así en el camino de la sospecha ya que es casi imposible hacer una diferenciación diagnóstica de primera intención.

Entre estas complicaciones a distancia se encuentra la que produce el flemón perinefrítico de origen apendicular, llevando la inflamación e incrustándola en la celda renal podríamos decir ya como episodio local de una septicemia general o como proceso de contigüidad gracias a las anastomosis venosas y linfáticas que unen el apéndice a la celda renal o también a la disposición de vecindad del mismo.

Anatómica y topográficamente considerada la región reno-apendicular y para que se produzcan estos cuadros raros de localización es necesario que coincidan en ella ciertas disposiciones anatómicas que normales o no condicionan las posibilidades de su realización.

Normalmente el ciego-apéndice está situado en la fosa ilíaca derecha alojados allí en una especie de compartimiento —la celda cecal— de la cual pueden escapar sin llegar por esto a tener una situación patológica y puede por esta misma razón ocupar situaciones bastante variables aunque anatómicamente normales.

Lo más frecuente es que esta celda esté ocupada completamente por el órgano cecal que se proyecta y baja hasta la arcada crural en un 70 % de los casos. Otras veces el ciego ocupa una posición elevada en la celda llegando hasta colocarse por debajo del hígado o del riñón, en esta posición alta que se encuentra en el 3 % de los casos del hombre adulto es la que condicionaría más fácilmente las posibilidades de la propagación perinefrítica.

La llamada posición baja es la que corresponde a la del ciego en la excavación pelviana y que se daría en un 16 % de los casos. La posición alta que es la que nos interesa se encuentra más comúnmente en los niños y personas jóvenes, y la baja en los adultos y personas de edad.

Cuando el ciego y su apéndice han abandonado estas posiciones es porque se han colocado ectópicamente.

El ciego arrastra al apéndice haciéndolo participar de éstas en las diferentes zonas del abdomen, pero debemos recordar aquí que el apéndice por

sí y particularmente ocupa con relación al mismo ciego y a las demás vísceras posiciones que le son absolutamente particulares y absolutamente independientes de la que pueda ocupar la ampolla cecal de la cual pareciera que va a remolque. El porcentaje de distribución sería el siguiente: la posición ascendente o retrocecal, que es la que más nos interesa desde nuestro punto de vista se encontraría en el 13 % de los casos, la descendente en el 41 %, la externa en el 14 % y la interna en el 17 %. Al decir de Tuffier lo normal y que se encontraría en 9 de cada 10 casos es que el ciego apéndice estaría totalmente recubierto por la hoja peritoneal —que es la regla en el adulto— disposición que hace que este órgano sea estrictamente intraperitoneal y libre, pero la expresada disposición no es constante, ya que 1 en 10 éste se encuentra adherido de acuerdo a la forma como se dispone la hoja peritoneal o el repliegue que ésta le forma por detrás transformando el ciego y apéndice libre en un órgano adherido a la pared posterior con o sin meso según se haya exagerado más o menos el proceso de coalecencia que en último caso no alcanza a tapizar la parte posterior de los mismos, aplicándolos directamente contra la pared posterior en contacto con el tejido subperitoneal a través de la fascia de adosamiento retro cecal y transformándolos de intraperitoneales en verdaderos órganos retroperitoneales.

Esta disposición que toma el peritoneo con el ciego apéndice es la que mejor explicaría porqué una lesión del órgano puede determinar ya una peritonitis generalizada si vuelca su contenido en cavidad peritoneal libre o un flemón si esta misma cae en el magama graso de la atmósfera subperitoneal de la fosa ilíaca y que hacia arriba se continúa con la masa adiposa pararenal.

Con respecto al riñón y a su celda debemos recordar que es también retroperitoneal que la masa adiposa perirrenal (cápsula adiposa) se encuentra únicamente abierta por abajo y que conjuntamente con la masa adiposa pararenal se confunde con el tejido adiposo de la fosa ilíaca derecha, y que esta cápsula adiposa es la que desempeña un papel importante en la patología de la región y sobre todo como medio de propagación de los procesos que darán origen a las perinefritis supuradas o flemones paranefríticos que primitivos o secundarios —en este último caso a una lesión apendicular— ya que es fácilmente invadido por los procesos infecciosos o supurativos vecinos vulnerando esta débil barrera que se le opone sobre todo por el polo inferior en su condición de órgano enfermo y retroperitoneal. Resumiendo, es en esta confluencia adiposa o encrucijada adiposa mejor dicho, donde las colecciones purulentas les es fácil establecerse porque se encuentran facilitadas y condicionadas por disposiciones anatómicas que dentro de lo normal y en un 10 % concurren a facilitar y a disponer la anatomía de la región para la propagación de los procesos apendiculares a la zona renal.

El diagnóstico diferencial es casi imposible hacerlo y generalmente se deja librado él a lo que pueda confirmar el acto quirúrgico, sin embargo cuando se pueden fijar bien los antecedentes clínicos y algunas veces radiológicos que nos muestran una ampolla en posición alta fija y dolorosa se puede como en uno de nuestros casos sospecharlo y comprobarlo operatoriamente.