

El apéndice en roentgenología *

Por el Dr. MANUEL F. MADRAZO,
Académico de número

De cierto tiempo a esta parte, existe una tendencia marcada de enviar al gabinete de radiología a enfermos apendiculares, sospechosos, sub-agudos y crónicos, para ser examinados por el especialista. ¿A qué se debe esa tendencia que antes no existía, no obstante que desde hace ya muchos años se practicaban estudios del tubo digestivo? ¿Se trata solamente de halagar al enfermo o a sus familiares —vulgo medicorum— que piensan que con los rayos X se aclaran todos los problemas y ya no hay lugar a dudas de diagnóstico? ¿O tiene el clínico tal confianza en el estudio roentgenológico, que piensa que éste confirmará el brillante diagnóstico, o le sacará de dudas, cuando existen? No quiero suponer que en ningún caso se trate de una pose para deslumbrar al cliente, haciéndole ver que no ha dejado de recurrir a ningún medio de investigación, a sabiendas de que no obstante un reporte negativo va a practicar la apendicectomía.

Ciertamente que de algunos años acá han aumentado las afecciones apendiculares, por causas que no me correspondería analizar, y que lo que en un tiempo nos parecía exceso de la escuela americana, ha sido confirmado en nuestro medio, pues no obstante que aún se extraen muchos apéndices que no merecían ser extirpados, en la mayoría de los casos sí está justificada su ablación.

El trabajo que traigo ahora a la consideración de ustedes tiene por objeto presentar el resultado de mi experiencia en varios años de practicar la radiología. No me ocuparé de la apendicitis aguda, que casi nunca es examinada por el roentgenólogo, puesto que se trata de casos urgentes que en su gran mayoría no son sujetos sino a los estudios indispensables previos a la intervención quirúrgica, pues la premura por salvar la vida del enfermo impide hacer filigranas de investigación. Además, tratándose de manifestaciones de agudeza extrema, los signos de presunción

(*) Trabajo reglamentario de turno, leído en la sesión del 8 de agosto de 1945.

de apendicopatía que veremos adelante no pueden valorarse en toda su latitud, por lo que el estudio no tendría realmente valor. Case propone practicar el examen con enema opaco, siempre con extraordinario cuidado, para no forzar la presión y causar daños mayores; pero no se me ha presentado el caso de estudiar a un paciente en esas condiciones.

Desde que comenzaron los estudios del tracto digestivo y que se demostró la visualización del apéndice, pasando luego por el período que demostró la relación de manifestaciones roentgenológicas en otros órganos del mismo sistema con punto de partida apendicular, se ha avanzado bastante en el estudio de los padecimientos del apéndice.

Mi excelente amigo el Sr. Dr. Dn. Gonzalo Ezguerra Gómez, distinguido radiólogo colombiano, presentó ante el Primer Congreso Inter-Americano de Radiología efectuado en Buenos Aires en octubre de 1943, un interesante trabajo sobre el asunto que nos ocupa, y aprovecho de ese estudio los datos de una encuesta entre distinguidos radiólogos, clínicos y cirujanos, sobre algunos puntos capitales, y que por tratarse de respuestas específicas dadas al Dr. Ezguerra, no cito sino de un modo general. Sin embargo, llamaré la atención sobre lo que le dice nuestro bien conocido Dr. Howard Hartman, de la Clínica Mayo, traducido literalmente:

“Nunca radiografiamos a un paciente para hacerle estudio de apendicitis aguda o crónica. Pocos sujetos adultos dejan de tener algún grado de inflamación del apéndice y prácticamente cada apéndice que es extirpado por una causa o por otra, es reportado por el anatomopatólogo como apendicitis catarral crónica. En ocasiones este tipo de apendicitis es susceptible de desarrollar síntomas agudos, y nosotros nos atenemos a la sintomatología del ataque agudo, ya sea que nos toque observarlo o que tenga una historia que justifique la extirpación del apéndice. Con un ataque en su historia, y sensibilidad severa a la palpación sobre el apéndice, nos consideramos autorizados para extraerlo.”

Es un hecho admitido por la mayoría de los roentgenólogos que el llenado del apéndice o su exclusión —falta de impregnación— no constituyen un signo cierto de salud o de estado patológico del órgano, pues se ha demostrado que apéndices no visibles en la radiografía, resultaron sanos y al contrario. Por otra parte, los estudios histológicos revelan que prácticamente todos

los apéndices presentan lesiones inflamatorias microscópicas. No hay **signo radiológico patognomónico de la apendicitis.**

Por las estadísticas de los más destacados roentgenólogos resulta que en estado normal, el apéndice es visible en un 80 a 90 por ciento de los casos, sin necesidad de recurrir a molestas exploraciones como en el método de Czepa, de modo que cuando no se visualiza es debido a cierta inflamación. Los resultados de mi práctica concuerdan con esa estadística.

Las flexuosidades constantes, su fijeza a la palpación, que se traducen por adherencias, así como la estasis prolongada, si son signos de patología apendicular. Este último signo se estima anormal cuando sobrepasa de tres días, pues indica que por estado crónico de inflamación ha perdido su contractilidad peristáltica. El apéndice normal se vacía con el ciego. La estasis prolongada, si no fuese patológica en sí, constituiría por lo menos un peligro potencial.

Cosa semejante acontece con los cálculos que muy frecuentemente se observan en la luz del apéndice, ya cálculos verdaderos, o fecalitos, que obstruyendo siquiera parcialmente el conducto, lo hacen terreno propicio para la infección.

El dolor es un signo capital en el estudio de la apendicitis, tanto radiológicamente, como en la clínica. Por medios clínicos es muy difícil precisar si este signo corresponde exactamente al órgano, o es causado por una ileítis terminal, o por patología anejaal derecha; mas en la pantalla fluoroscópica sí es posible en la mayoría de las veces dilucidar la cuestión. Además, se puede apreciar que las irradiaciones del dolor tienen su punto de partida en el apéndice.

El Dr. Ezguerra Gómez insiste en la importancia del signo de "erectibilidad" del apéndice. No he tenido oportunidad de comprobar su eficacia.

Hay manifestaciones reflejas de la apendicopatía, pareciéndome las más importantes las deformaciones del bulbo duodenal y la espasticidad del colon; habiendo podido comprobar que en muchos casos en que aparece una deformación del bulbo que puede simular lesión ulcerosa, practicando el estudio del apéndice se encuentran signos ciertos o presuntivos de apendicitis, y que des-

pués de la apendicectomía desaparece aquella deformación. Por tal motivo, cuando practico un estudio gastroduodenal y no encuentro evidencia de lesión sino sólo deformación, hago siempre el examen del ceco-apéndice. Cosa semejante ocurre con los espasmos cólicos. De importancia igual es la retención ileal por espasmo de la válvula de Bauhin. Se han señalado muchas otras manifestaciones reflejas, que en mi concepto tienen menor carácter específico, como la aerogastria.

Teniendo en cuenta la coincidencia de perturbaciones de otro orden, principalmente en el aparato digestivo, es de gran utilidad practicar el estudio, por lo menos fluoroscópico, de las diferentes partes del mismo, y en caso de encontrar alguna anomalía, perfeccionar la exploración de ese sitio.

En el estudio delapéndice nunca deberá de pasarse sin la fluoroscopia, que da los datos más interesantes. La negativa permitirá descubrir apéndices que pueden pasar inadvertidos en la pantalla, y yo acostumbro tomar dos películas por lo menos, una en A.P. y la otra en oblicua, esta segunda muy importante, puesto que mostrará los apéndices retrocecales. Es muy útil el empleo del cono de compresión, efectuando ésta bajo el control fluoroscópico, para evitar la evacuación delapéndice. Muchos radiólogos preconizan la administración de un laxante previo al estudio cecoapendicular. Yo no sigo esa práctica, por el valor que doy a los espasmos en el intestino grueso y que muy frecuentemente sobrevienen después de los laxantes, sin causa patológica.

El método que sigo es el siguiente: aconsejo al enfermo que tome su alimentación acostumbrada y que evacue el intestino el día anterior de un modo espontáneo. Solamente en casos de constipados inveterados, prescribo enema simple. Indico dos dosis de bario a tomar, una después de la cena y la segunda a la medianoche, dosificando según la edad. Comienzo mi exploración al día siguiente, aproximadamente 10 horas después de la última dosis de bario, permitiendo tomar desayuno, pero recomendando que no se evacue el intestino antes del examen. De ese modo, por lo general, se observa: ileon vacío, cecoascendente lleno o con bario suficiente para un examen, transverso suficientemente lleno, descendente con frecuencia casi vacío y asa pélvica y ámpula rectal bien llenos. La mayor parte de las veces, apéndice visible.

De tal manera, se observa si existe retención ileal o simple residuo; la visualización del apéndice y los caracteres que presente; el aspecto del ciego, su movilidad y exploración de dolor; situación, movilidad, morfología general y exploración de dolor en el resto del colon, así como el tránsito general de éste. Luego tomo las negativas del cecoapéndice con seriógrafo, y si conviene, generales del colon, de pie y en decúbito dorsal, si se aprecia descenso anormal del mismo. Si no se muestra el apéndice y hay datos sospechosos de padecimiento del órgano o de algún segmento del colon, practico, después de evacuación y aseo del intestino, estudio con enema, y si procede, completo el Fischer.

Los signos importantes para el estudio del apéndice son:

- a) retención ileal;
 - b) fijeza o poca movilidad del ciego;
 - c) espasticidad del mismo;
 - d) dolor profundo en el sitio de la inserción apendicular y sus irradiaciones;
 - e) exploración de dolor en la zona anexial derecha;
- cuando se visualiza el apéndice:
- f) tamaño, forma y dirección;
 - g) movilidad;
- además:
- h) espasmos en una o en varias porciones del colon.

C o n c l u s i o n e s

1a.—La apendicitis aguda debe diagnosticarse por exploración clínica y en muy raras ocasiones se asociará ésta al estudio roentgenológico.

2a.—Las apendicitis sub-agudas, crónicas o recurrentes, deberán diagnosticarse principalmente por la clínica, siendo útil el examen roentgenológico para decidir si hay o no adherencias, situación del apéndice y manifestaciones coincidentes.

3a.—En casos dudosos clínicamente, deberá practicarse estudio completo del tracto digestivo.

4a.—En pocas ocasiones puede pronunciarse definitivamente por medios roentgenológicos la necesidad de una intervención quirúrgica.