

## SINDROME APENDICULAR CON TUMEFACCION ULCERADA DEL CIEGO POR POSIBLE AMEBIASIS

*Por el Prof. D. Prat*

El Dr. Karlen presentó en la sesión pasada del 7 del corriente de la Sociedad de Cirugía, una comunicación sobre amebiasis del ciego, habiendo hecho saber en esa sesión, que había observado un caso semejante en mi práctica profesional, cumulo con mi promesa, relatando esa observación.

Se trata de un distinguido profesional en odontología, uruguayo, con 46 años de edad. Este paciente tenía antecedentes colícticos, que le provocaban un cuadro doloroso de la fosa iliaca derecha y que simulaba la apendicitis. Hacía unos 11 años que lo vimos por primera vez y que habiendo comprobado la presencia de amebas en las materias fecales, le hicimos hacer un activo tratamiento con emetina y complementado luego con stovarsol. El enfermo mejoró notablemente y siguió muy bien hasta ahora; sin embargo, presentaba algunos episodios abdominales de vez en cuando.

Habiendo realizado una comida abundante, notó que desde ese día siente una molestia en la fosa iliaca derecha, cosa que se pone bien de manifiesto y se exacerba, cuando se aproxima y apoya el vientre, en el sillón de su trabajo profesional.

Viene a consultarnos y al examen del vientre, comprobamos que éste se moviliza poco con la respiración y a la palpación, existe un dolor bien marcado en el Mac Burney y que se extiende hacia la espina iliaca. Cuando comprimimos suavemente la pared, aparece la defensa en esa región, contrayéndose el enfermo, porque el dolor es agudo. El resto del vientre está libre. El estado general del paciente es bueno, con 75 pulsaciones y 37° de temperatura.

Ante este cuadro clínico y los antecedentes del enfermo, le aconsejamos la operación, pero éste, debido a sus compromisos profesionales nos establece que no puede hacerlo y nos solicita un compás de espera de unas horas.

Le recomendamos reposo, dieta absoluta y hielo al vientre. A las doce lo vemos nuevamente: no se ha aplicado el hielo y el cuadro clínico es casi igual al que comprobamos en la mañana, aunque parece que se ha agudizado el dolor y que se ha localizado en la fosa iliaca derecha.

La leucocitosis es de 20.600 g. b. y el examen de sangre y orina son normales. Aconsejamos nuevamente la operación, pero el enfermo desea tener la opinión de un médico amigo, que quedó en verlo.

A las 18 horas volvemos a verlo; el dolor a la presión en la F.I.D. es mucho más intenso, al punto que casi no se le puede comprimir esa región. Hay defensa de la pared abdominal, sin vómitos. Pulso, 80 pulsaciones. Temperatura 37 2/5.

Tacto rectal: Douglas libre, muy poco sensible. Ante esta evidente agravación de los síntomas, el paciente resuelve operarse, ingresa al Sanatorio, donde lo operamos a la hora. Examinado por los Drs. J. May y J. Iraola, diagnostican también apendicitis. Operación. X/931. Doctores D. Prat y J. Iraola. Eter CO<sup>2</sup>. Incisión de Mac Burney. Apéndice infero-interno de aspecto normal. El ciego está adherente por su cara postero-externa a la fosa ilíaca, acartonado y espesado; existe una tumefacción en esa parte, del tamaño de una almendra y existen además unos velos celulosos que recubren el ciego. Se despegan y se extirpan los velos y podemos explorar entonces el ciego, comprobando que la tumefacción presenta en su cara interna, una ulceración, con aspecto de cráter que palpamos al comprimir la cara anterior del ciego sobre la tumefacción.

La tumefacción tiene el aspecto de la infección y al tacto, de una tumefacción inflamatoria. En el centro de la ulceración, se palpa un nodulito del tamaño de un chumbo, que hacemos caer en la luz intestinal.

Tenemos un momento de duda y perplejidad para establecer el diagnóstico de esta lesión cecal; pensamos en una tiflitis, en una ulceración simple del ciego y en un tumor amebiano. Recordando los antecedentes del paciente, es éste el diagnóstico que más nos satisface. Descartamos completamente el neoplasma, puesto que los caracteres de la lesión son francamente inflamatorios. Dudo un momento si realizaré una resección del ciego o limitarme a la simple apendicectomía y después de haber tentado el despegamiento del ciego, de la fosa ilíaca interna, al comprobar que las adherencias son resistentes, con un tejido organizado, no insisto en esta maniobra y me decido por la apendicectomía.

Apendicectomía con encapuchamiento del muñón. Mecha contra la cara externa del ciego, junto a la lesión y se procede a cerrar la incisión de Mac Burney, en cuatro planos, dejando la herida drenada por una pequeña mecha.

Post-operatorio muy bueno. A las 48 horas se moviliza la mecha y se quita a las 58 horas, dejando una mechita en el tejido celular subcutáneo.

Evolución casi apirética, ingiere jugos y te con leche. Laxante de dos cucharaditas de leche de magnesia al quinto día. Al 8º día, hace 38º de temperatura y sensación de pesantez con molestia en la F.I.D. En la curación, al retirar la mecha, viene líquido citrino casi purulento, unos 10 gramos; al día siguiente, la secreción es francamente purulenta y la herida está empastada y algo infiltrada. Parecería a la palpación que la infiltración y la tumefacción invaden también el ciego. Al 9º día, la temperatura desciende y desaparece gran parte de la infiltración de la

herida. El intestino se ha regularizado perfectamente, pues ha tenido una abundante deposición, sólo con una cucharadita de leche de magnesia.

La herida recupera su aspecto normal, se quitan los puntos y a los 13 días se va de alta en excelentes condiciones.

Como vemos, esta observación tiene semejanza con la presentada por el Dr. Karlen, con la diferencia que en nuestro caso no comprobamos las amebas en el pus, pero, teníamos el convencimiento de que nuestro enfermo era un amebiásico, puesto que se le habían encontrado anteriormente las amebas en las materias fecales y que había mejorado notablemente con el tratamiento por la emetina y el stovarsol que había seguido tomando de tiempo en tiempo.

El paciente fué sometido después de la operación a un tratamiento intensivo por la emetina y ha curado radicalmente de su lesión intestinal, pues en los 12 años transcurridos, no ha tenido ninguna molestia de su intestino.

Por los antecedentes establecidos y por las comprobaciones operatorias y terapéuticas realizadas, es que hemos catalogado este caso, como una tumefacción amebiana ulcerada, sin que hayamos podido comprobar el diagnóstico positivo de la parasitosis por el examen histológico de la tumefacción, porque, y con toda razón, no realizamos su extirpación.

Abril 14/943.