Trabajo del Servicio de Cirugía General del Prof. M. Corachán.
Hospital de la Santa Cruz y San Pablo de Barcelona.

Consideraciones sobre los abcesos del Douglas de origen apendicular

por el doctor

J. Prim

Médico ayudante

El problema del drenaje en cirugía abdominal, principalmente en los casos de abdomen agudo y especialmente en los procesos de esta forma y de índole infecciosa, ha sido muy discutido y ha pasado por distintas fases.

No hay duda, que casi todos los cirujanos están de acuerdo en esta cuestión. Sea cual fuere la lesión que ha provocado una reacción peritoneal de índole infectiva, si el cirujano, ha podido acudir a tiempo y operar al enfermo en las primeras horas de la lesión abdominal, y por tanto, encontrarse con lesiones peritoneales incipientes, aunque sean difusas, la conducta general es, de una vez solucionada o tratada la lesión inicial, proceder a cerrar la pared abdominal sin dejar drenaje alguno.

La práctica de lavados o desinfecciones de la cavidad abdominal está proscrita por casi todos los cirujanos; no hay duda alguna que no sólo es inútil, sino que también perjudicial; la mayoría de veces no tiene acción alguna sobre la infección, y desgraciadamente facilita la difusión de la infección peritoneal.

Lo más indicado, es sacar o aspirar los líquidos, que existen en la cavidad peritoneal; no olvidándose de los distintos lugares en que el líquido puede encontrarse. En general, la región que debemos explorar con más interés, por la facilidad y la frecuencia con que se acumulan los líquidos derramados o producidos en la cavidad peritoneal, es el fondo de Douglas.

Hechas estas consideraciones de índole general y conocidas por todos, hemos de hacer unas consideraciones particulares, sobre unos casos clínicos vividos por nosotros.

De las afecciones infeciosas agudas, que pueden presentarse en la cavidad peritoneal, es con mucho, la más frecuente la apendicitis aguda. Esta enfermedad está por su frecuencia e importancia en la conciencia de todos, médicos y profesores. Actualmente operamos, casi todos los cirujanos (y al decir actumente, me refiero de hace unos cinco años), la mayoría de apendicitis agudas antes de las primeras veinticuatro horas. Debido a la precocidad de esta intervención, nos encontramos en la mayoría de las veces, por no decir todas,

que si bien las lesiones apendiculares son acusadas y muy manifiestas no encontramos en cambio perforaciones del apéndice, que hayan motivado la inoculación y diseminación del proceso infeccioso a la cavidad peritoneal.

Es por esto que la mayoría de los casos de apendicitis agudas operadas en el mejor tiempo quirúrgico, entendiendo que este, es aproximadamente, entre las primera y veinticuatro horas de la crisis, que nosotros, a pesar de la reacción discreta aunque difusa peritoneal, después de extirpado el apéndice e invaginado el muñón y secado o aspirado el líquido contenido en la cavidad peritoneal, cerramos por completo el abdomen, sin dejar drenaje alguno en la cavidad abdominal y sólo un discreto drenaje en la pared, pues es sabido por todos la poca resistencia del tejido celular subcutáneo a la infección.

En estos tres últimos años 33, 34 y 35, hemos tenido ocasión de asistir 156 apendicitis agudas, todas ellas fueron intervenidas; 76 fueron casos particulares nuestros, 36 operados por los cirujanos de guardia del Hospital, y los restantes casos, por diferentes cirujanos de la visita del Doctor Corachán.

De estas 156 apendicitis fueron operadas antes de las 24 horas, 87 enfermos, sólo en 6 de dejó un drenaje en peritoneo. No sólo no tuvimos ninguna defunción, sino que tampoco se presentaron complicaciones post-operatorias graves, tales como peritonitis, oclusiones intestinales, fístulas estercoráceas y si sólo en cuatro casos, en que no dejamos dranaje, se presentó de los 6 a los 10 días de la intervención un abceso del Douglas, con escasa reaccción general y con acusadas molestias focales.

Es precisamente esta cuestión la importante para nosotros, en 81 apendicitis agudas, operadas antes de las 24 horas y en las que no se dejó drenaje peritoneal, se presenta como complicación post operatoría un abceso del Douglas en 4 casos, o sea en un 4,9%. Este hecho no ha de hacernos variar de conducta respecto al drenaje; pues en general los abcesos del Douglas de origen apendicular, son de carácter benigno, aun en los casos en que la formación de los mismos está influída por la presencia o permanencia del apéndice. De mejor pronóstico, son los abcesos que nosotros hemos visto después de la intervención de apendicitis y ello se comprende, pues la formación del mismo, no está determinada ni influída por la lesión apendicular y solamente por el hecho de la inoculación peritoneal; drenado el abceso, no existe causa alguna, coprolito, resto apendicular, etc., que lo mantenga o agrave. Teniendo en cuenta primero esta benignidad; los cuatro casos nuestros, con pocos signos generales, curaron por abertura espontánea del abceso y en pocos días y segundo los inconvenientes del drenaje, probabilidad de eventración, perivisceritis y con ella la posibilidad de una oclusión intestinal por adherencias y por el hecho apreciado por nosotros que la práctica del drenaje no nos pone a salvo en absoluto sobre la formación de un abceso peritoneal, nosotros somos partidarios de no utilizarla en estos casos, a pesar de la posibilidad de presentarse esta complicación.

En estos tres últimos años hemos visto siete abcesos del Douglas dependientes de la apendicitis. En tres, el abceso se formó a los pocos días de la crisis apendicular, en dos de estos a los 8 días y en el otro a los 20 días, no habiéndose practicado en estos casos intervención alguna antes de la formación del abceso. Fueron casos enviados tardiamente al servicio. En los otros

4 casos, el abceso se presentó después de la apendicectomía.

La manifestación clínica de los abcesos del Douglas es siempre la misma. En los casos no intervenidos, en los antecedentes, se encuentran siempre los signos de una crisis apendicular inicial, con dolor abdominal en fosa iliaca derecha, algunas veces iniciado en epigastrio, náuseas, vómitos fiebre y a veces vientre cerrado; este cuadro, mejora a los dos o tres días sin llegar a encontrarse el enfermo completamente bien, ligera fiebre ,paresia intestinal, discretos dolores abdominales, etc.

A los pocos días, del octavo día en adelante, es cuando aparece el cuadro clínico del abceso del Douglas; los dolores abdominales se han hecho más intensos, el abdomen se abomba, la temperatura aumenta, se aprecia un meteorismo generalizado, aparecen sudores, el pulso se hace más frecuente.

La exploración clínica, aprecia además de una resistencia general de toda la pared abdominal y de un acusado meteorismo, una contractura en fosa iliaca derecha e hipogastrio y sobre todo un abombamiento doloroso, con fluctuación en el Douglas apreciado por tacto rectal y también por tacto vaginal.

En los casos en que el abceso del Douglas, se presenta después de la apendicectomía, sin drenaje, el cuadro clínico es parecido, si bien no acostumbra a tener tanta aparatosidad como en los casos anteriores, acostumbra a presentarse a los 8 ó 10 días de la intervención, encontrando en estos casos un intervalo libre entre la crisis apendicular que ha motivado la intervención y el cuadro clínico del abceso enquistado peritoneal.

La mayoría de veces, en que después de las intervenciones por apendicitis agudas, se haya o no dejado drenaje, se produce o presenta un abceso peritoneal, se localiza, de preferencia, en esta región de mayor declive. Es preciso, pues, en los casos, en que aparecen signos de irritación peritoneal, en el curso post-operatorio de un enfermo operado de apendicitis, explorar el Douglas repetidas veces.

Sin pretender, que la solución espontánea de esta complicación, sea la regla o criterio a seguir en todos los casos de esta naturaleza, nosotros nos atrevemos, a aconsejar, debido, al buen curso y resultado que nos han dado nuestros casos; que en presencia de un abceso peritoneal enquistado en el fondo de saco de Douglas, no existiendo colección alguna en el resto de la cavidad abdominal, ni síntomas graves de intoxicación, que el cirujano se muestre conservador y que una vez comprobada la existencia del abceso que abomba por la pared anterior rectal, no se muestre intervencionista y por tanto no se precipite en practicar un drenaje del mismo, aunque sea por la vía de elección (dilatación por vía rectal); pues en nuestros casos y en otros muchos, obtenidos por referencia; se ha evacuado el abceso, espontáneamente, por el recto, en pocos días, y habiendo obtenido, un completo drenaje, no existiendo signo alguno de retención purulenta, el enfermo ha curado rápidamente de esta complicación.

No hay duda que la diferencia, no es mucha, entre la dilatación quirúrgica o la perforación espontánea por vía rectal de este abceso. Por nuestra parte, nos repugna, a no ser en caso de absoluta necesidad, practicar la dilatación operatoria por vía rectal, pues siempre es molesta y dolorosa la introducción de un rectoscopio en estos enfermos. Pues de hacer una anestesia, no es posible, actuar en una buena posición; y de tener el enfermo colocado convenientemente, no es posible la

anestesia. A estas razones, se añade el dolor acentuado que la exploración con el rectoscopio produce a estos enfermos.

Además de estas razones, creemos que con la espera de que la perforación espontánea de la pared rectal, se realiza ésta en el mejor sitio de declive, pues no hay duda que la acumulación y peso de la colección supurada, se acentúa en el sitio de más declive. Es por eso, también, que nos mostramos partidarios del drenaje espontáneo, por hacerse en el sitio de elección, cosa que será difícil en la práctica, con la dilatación quirúrgica, valiéndose de una rectoscopia o sin ella.

En nuestros casos, los enfermos afectos de esta complicación curaron todos y en pocos días. No tuvimos que dejar drenaje alguno y no se presentaron fenómenos de schock, como se observan en algunos casos dilatados quirúrgicamente.

Por tanto y sin querer generalizar esta conducta, nosotros modestamente, creemos que en casos de apendicitis agudas, no perforadas, y con lesiones discretas de peritonitis debe siempre, cerrarse por completo el abdomen y que si se presenta en el curso post-operatorio un abceso peritoneal enquistado en el fondo de saco de Douglas, sin grave intoxicación por parte del enfermo; se debe siempre esperar a que el abceso se vacíe espontáneamente por vía rectal; pues la experiencia nos ha demostrado que así lo hacen todos y además a que la dilatación quirúrgica es ciega y molesta.

En cuanto a los casos en que el abceso del Douglas se presenta sin haber sido extirpado el apéndice, somos eclécticos, y ello debido a que el estado general del enfermo está más afectado, la intoxicación es mayor, por el hecho a veces, de la comunicación del abceso con mucosa intestinal (apéndice gangrenoso, perforado, etcétera), y por la infección continuada desde la iniciación de la crisis.

En los abcesos, con mal estado general practicamos el drenaje quirúrgico por vía rectal en los hombres, siendo mejor la vía vaginal en las mujeres a no ser que nos veamos obligados por motivos sociales a desistir de ella. Si el abceso es muy grande, es conveniente dejar un tubo de drenaje durante unos días.

Caso núm. 1:

Ana Puig. 17 años, enferma recomendada por el Dr. Fornells.

Nunca enferma.

Hace 12 horas, dolor intenso en fosa ilíaca derecha, náuseas y vómitos.

Contractura pared fosa ilíaca derecha. Las demás regiones normales.

Tacto rectal positivo.

Leucocitosis de 12.200; 86 % de pols nucleares.

Intervención (Dr. Prim) Anestesia general. Incisión de Jalaguier. No hay líquido en peritoneo libre. Protección del campo operatorio. Apéndice muy congestionado y con placas fibrino purulentas, las que existen en varias asas ileales. No hay exudado en el Douglas.

Apendicectomía, invaginación del muñón apendicular, protección con el meso. Cierre completo de la pared en tres planos.

Curso postoperatorio normal hasta el 11.º día, en que aparece fiebre, dolores abdominales, en baja pelvis.

A la exploración se encuentra contractura dodolorosa en fosa ilíaca izquierda e hipogastrio. A los dos días plastrón en esta región. Tacto rectal doloroso, pared anterior del recto infiltrado, apareciendo a los pocos días abombamiento de esta pared, con sensación de fluctuación.

El estado general es relativamente bueno, ligera intoxicación, fiebre y dolores abdominales.

Leucocitos, 18.400, 90 % polinucleares.

A los siete días de este cuadro se abre espontáneamente la colección supurada por el recto, saliendo unos 200 cm.^{3} de pus muy fétido.

Descenso inmediato de la temperatura, y de

los otros signos generales. Sale curada a los ocho días de la aparición del abceso del Douglas.

Caso núm. 2:

Alejandro Martínez, quince años, ingresa el 20 de abril, 29 en el servicio del Dr. Corachán.

Llevaba treinta horas de crisis dolorosa en fosa ilíaca derecha, contractura pared, tacto rectal doloroso.

Intervención, 21 abril. Dr. Jordán. Anest. gral. Incisión Jalaguier. Al abrir peritoneo no sale exudado alguno. Apéndice congestionado y adherido por su punta al mesenterio; liberación de adherencias. Apendicectomía, invaginación del muñón. Sutura completa en tres planos. Sin drenaje.

22 abril. Pneumonía base derecha.

25 abril. Dolores difusos abdominales, paresia intestinal, meteorismo y abombamiento fosa ilíaca derecha e hipogastrio. Se aprecia pared rectal anterior infiltrada.

28 abril. Fluctuación manifiesta al tacto rectal. Leucocitos, 24.400.

2 mayo. Dilatación del abceso por vía rectal.

11 mayo. Curación.

Caso núm. 3:

A. M. 22 años, enviado al servicio del Dr. Corachán por el Dr. Tiffón.

Crisis apendicular de veintidós horas. Contractura manifiesta a la palpación en fosa ilíaca derecha. Tacto rectal doloroso. Leucocitos, 16.300.

Intervención (Dr. Prim). Raquianestesia. Incisión de Jalaguier. No hay reacción peritoneal. Apéndice eréctil, dando la impresión de que contiene pus a tensión. Apendicectomía, invaginación del muñón. No hay ningún exudado en el Douglas. Cierre completo de la pared.

A los doce días sale curado.

Reingreso a los tres días, con el cuadro completo de una peritonitis enquistada del Douglas.

Tratamiento médico a base de reposo y calor local. Continúa con temperatura de supuración, pero con buen estado general.

A los seis días abertura espontánea del abceso en el recto. Curación completa a los ocho días.

Ctso núm. 4:

Antonia Badosa, 17 años, soltera. Crisis apendicular hace un año; duración, 48 horas.

Hace cinco días, dolor epigastrio, náuseas y vómitos, fiebre alta; el dolor se localiza en fosa ilíaca derecha, contractura pared en dicha región.

Intervención, 24 septiembre de 1935. Doctor Olivé.

Anestesia general. Incisión de Roux. Apéndice retrocecal al disecar el apéndice. Adherido a ciego, se abre abceso periapendicular; apendicectomía, sin invaginación del muñón. Drenaje.

A los cuatro días, dolor en pelvis, aumento de temperatura. Al tacto rectal se aprecia colección en el Douglas.

Así continúa seis días, abriéndose espontáneamente por fondo de saco posterior vaginal.

Caso núm. 5:

Marina Ventosa, 23 años, ingresa 8 enero 29.

Hacia seis meses, crisis apendicular, duración dos días.

Desde veinte días, dolor epigástrico, náuseas. A las veinticuatro horas el dolor se localiza en fosa ilíaca derecha; diarrea inicial abundante, después vientre cerrado y vómitos.

Continúa con dolor abdominal sordo y fiebre; a los doce días sensación de desgarro en vagina, seguido de flujo purulento copioso.

Curación a los ocho días.

Caso núm. 6:

Flora Meroño, 37 años, ingresa en el servicio 4 febrero 36.

Hace 8 días, crisis de dolor en fosa ilíaca derecha, vómitos, fiebre, con paresia intestinal y pared contracturada.

Plastron en fosa ilíaca derecha; al hacer un tacto rectal se aprecia salida de pus por el recto que aumenta al puncionar el Douglas; se coloca un tubo en el recto, qeu drena el abceso.

A los dos días desciende a 37°; mejora rápidamente, se quita el tubo a los diez días, y sale curada cuatro días después.

Caso núm. 7:

S. Farré, 19 años, ingresado el 29 junio 27, en el Servicio del Dr. Corachán.

Hacia ocho días, después de cenar, dolor en el hipogastrio, que se irradiaba a ambas fosas ilíacas, vómitos abundantes, síndrome que duró tres días, después mejora el estado general, a los cuatro días se inicia un cuadro de abceso peritoneal enquistado: dolor abdominal en pelvis, abombamiento de vientre, temperatura vespertina, sudores y vientre cerrado. Leucocitos, 17.300.

Defensa dolorosa en pared abdominal y al tacto rectal se aprecia una colección en el Douglas.

30 junio. Abertura quirúrgica del abceso por el recto, saliendo pus muy fétido; no se coloca tubo de drenaje, no sale curado hasta el 1 de agosto, debido a presentar una crisis de perivisceritis.

RESUM

Exposa l'autor set casos d'abscesos del Douglas d'origen apendicular. D'entre ells, quatre es presentaren als 8 ó 10 dies de la intervenció, en la que per no trobar-se líquid de cap mena en la cavitat peritoneal, no es va deixar drenatge. Tenint en compte les poques molèsties generals que l'abscés ocasionava, es va seguir la conducta d'esperar a practicar el drenatge per via rectal. En els quatre casos l'abscés s'obrí espontàniament als quatre o cinc dies de la iniciació dels signes del mateix; s'obtingué la curació sense necessitat de collocar un drenatge quirúrgic, en pocs dies. En conseqüència, creu l'autor que l'abstencionisme és una bona conducta en els casos d'aquesta naturalesa en els que no existeix gran toxicitat.

En els altres abscesos, que es presenten en les apendicitis agudes, no operades degut a lesions coexistents de l'apèndix, que els donen una major septicitat, la dilatació quirúrgica per via vaginal o rectal és necessària quasi sempre.

RÉSUMÉ

L'auteur expose 7 cas d'abcès du Douglas d'origine apendiculaire. 4 cas se présentèrent 8 ou 10 jours après l'intervention dans laquelle on n'a pas mis une drain parce qu'on ne trouvait aucun liquide dans la cavité du péritoine. En considérant que les alterations de l'etat général causées par l'abcès furent peu nombreuses, on adopta une thérapie d'attente, sans pratiquer le drainage par voie rectale. Dans les 4 cas l'abcès s'ouvrit spontanément 4 ou 5 jours après le commencement des symptômes charactéristiques. La guérison eut lieu en quelques jours sans besoin d'etablir un drainage chirurgical. En conséquence, l'auteur croit que la thérapie d'attente est recommendable dans les cas décrits où il n'y a pas une grande toxicité. Quant aux altres abcès qui se présentent dans l'appendicite aigüe non opérée, causés par des lésions coexistantes de l'appendice et offrant un danger plus grand de septicémie, la dilatation chirurgicale par voie rectale ou vaginale est presque toujours nécessaire.

SUMMARY

The author exposes 7cases of abscesses "Douglas" of appendical origin. 4 of these did appear 8 or 10 days after the intervention where drainage could not be applied owing the the absolute want of liquid sugstance in the peritoneal cavity. Taking into consideration that there were only few general complaints caused by the abscess, the manner of treatment had to be expectant so that drainage could be applied per rectum. In these 4 cases the abscess opened spontaneously 4 or 5 days after the beginning of its chracteristic symptoms. Within a few days healing took place without the necessity of applying a chirurgical drainage. Consequently, the author deems the expectant treatment commendable in cases of this kind in which there does not exist great toxicity. With other abscesses appearing in acute, not operated appendicitis, caused by coexistent lesions of the appendix and thus subjected to a greater danger of septic infection, chirurgical dilatation per rectum or per vaginam is nerly always necessary.

RIASSUNTO

L'autore rassegna 7 casi di ascesso di Douglas di origine appendicolare.v Di questi 4 si presentaron agli 8-10 giorni successivi all'intervenzione chirurgica nella quale, per non trovarsi liquido alcuno nella cavità peritonea, non si lasció drenaggio. Risultando l'ascesso poco molesto, si aspettó a poter praticare il drenaggio per via rettale. Nei quattro casi l'ascesso si aprí spontaneamente ai 6 o 5 giorni dal suo principio facendo innnecessario il drenaggio chirurgico e curando in pochi giorni. Questo risultato fa credere all'autore che l'astenersi d'intervenire previamente è un buon procedimento ad utilizzare in quei casi dove la tossicità é relativamente debole. In quegli altri casi dove la gravità del professo è dovuta agli ascessi che si presentano nelle appendiciti acute, non operate, originando dalle lesioni coesistenti dell'appendice, la dilatazione chrurgica per via rettale o vaginale segue essendo quasi sempre necessaria.

ZUSAMMENFASSUNG

Der Verfasser untersucht 7 Fälle von Douglas-Abscessen, die ihren Ursprung im Wurmfortsatz haben. 4 von ihnen zeigten sich 8 oder 10 Tage nach dem Eingriff, bei dem man nicht drainieren konnte, da sich keinerlei Flüssinkeit in der Bauchfelhöhle vorfand. Mit Rücksicht darauf, dass die Allgemeinbeschwerden, welche der Abscess verursachte, gering waren, verhielt man sich abwartend um die Drainage rectal vernehmen zu können. In den 4 Fällen öffnete sich der Abscess spontan 4 oder 5 Tage nach Einsetzen der ihm eigenen Symptome; die Heilung erfolgte in wenigen Tagen, ohne dass es nötig war eine chirurgische Drainage vorzunehmen. Der Verfasser glaubt infolgedessen, das in Fällen dieser Art, bei welchen keine grosse Toxicität vorliegt, es sich empfiehlt eine abwartende Therapie zu beobachten. Bei anderen Abscessen, die sich bei akuter, nicht operierter Blanddarmentzündung zeigen, ihren Grund in gleichzeitigen Schädigungen des Blinddarms haben und dadurch grössere Sepsisgefahr mit sich bringen, erweist sich fast immer eine chirurgische Erweiterung, rectal oder vaginal, als eine Notwendinkeit.