

Apendicitis aguda en el siglo XXI

Acute appendicitis in XXI century

Alejandro Weber Sánchez, Rafael Carbó Romano

Aunque han transcurrido más de 125 años desde que Reginald Fitz aclarara, sin lugar a duda por sus estudios de autopsias, la inflamación del apéndice cecal como causa de esta grave enfermedad, acuñara su nombre y propusiera su extirpación como tratamiento, la apendicitis continúa siendo un reto para el médico en general y para el cirujano en particular.

Esta enfermedad aún en nuestros días continúa desafiando el conocimiento y la pericia de quienes nos enfrentamos a ella. En ocasiones el diagnóstico es tan "sencillo", que es el mismo paciente quien junto con sus síntomas nos lo sugiere, mientras en otros casos se efectúan numerosas pruebas tanto de laboratorio como de imagen llegando a veces a la cirugía sin tener la certeza diagnóstica.

A este hecho contribuyen muchos factores como las variaciones anatómicas en la posición de este órgano, las diferentes formas de presentación de la enfermedad, la cantidad de otras patologías que también se reflejan en el abdomen, particularmente en la fosa iliaca derecha, especialmente en la mujer, la diversidad de los signos y síntomas entre los diferentes grupos de edad o la distorsión del cuadro clínico cuando empíricamente el paciente o el médico han iniciado terapia con analgésicos o antibióticos, como lo vemos con frecuencia, lo que hace el diagnóstico más difícil y retrasa la cirugía en ocasiones con resultados catastróficos.

Por ello, es trascendente que este número de la Revista Cirujano General se dedique a ésta que es la patología abdominal aguda más común, que requiere una adecuada evaluación y tratamiento quirúrgico oportuno. El análisis de los elementos que se tienen al alcance, tanto clínicos como de imagen han impulsado el diseño de herramientas para ayudar en el diagnóstico como la escala de Alvarado, que en el primer artículo de este

fascículo es comparada con la de RIPASA. O la comparación de la escala de Alvarado con estudios de imagen como el ultrasonido o la tomografía computada del segundo artículo, o la comparación de estas herramientas y sus terapéuticas como se ve en la tercera colaboración, lo cual nos ayuda para nuestras decisiones.

Aunque en la actualidad las herramientas con las que contamos para este diagnóstico son múltiples y útiles, la clínica sigue siendo pilar fundamental y ningún estudio por sí solo supera la decisión del médico experimentado, que consciente de sus conocimientos y sus limitaciones, con autoridad científica, buscando exclusivamente el bien del paciente, sopesa riesgos y beneficios y recomienda una exploración quirúrgica aun cuando existe la posibilidad de que ésta sea una apendicectomía "blanca". Es lamentable que basado en modas de otros países, se vea cada vez menos que los médicos hagan una anamnesis minuciosa, o palpén el abdomen y basen su diagnóstico sólo en los resultados de laboratorio o de imagen "de rutina". Existen lugares en los cuales el estándar del diagnóstico de apendicitis es la tomografía computada. No se trata de censurar, ni de menospreciar ninguna de las herramientas tecnológicas que tenemos a nuestro alcance como ayuda diagnóstica, especialmente cuando el caso es complejo y difícil. Lo condenable es menospreciar la intuición clínica, basada en el conocimiento, la experiencia, y no hacer uso racional y proporcionado de los métodos diagnósticos, tomando en cuenta su utilidad, su costo, su riesgo y el beneficio que pueden proporcionar al caso específico.

Existen otros factores que influyen en la decisión de utilizar la tecnología para el diagnóstico de esta patología, que vale la pena tomar en consideración para evitar que ésta sea empleada de manera inapropiada, como son las presiones de tiempo para dedicarle a los

Servicio de Cirugía General, Hospital Ángeles Lomas.

Recibido para publicación: 1 junio 2012

Aceptado para publicación: 5 junio 2012

Correspondencia: Dr. Alejandro Weber Sánchez

Vialidad de la Barranca Núm. 22, Consultorio 410

Col. Valle de las Palmas

Huixquilucan, Edo. México, 52763

Tel. 52469527

E-mail: awebersanchez@gmail.com

Este artículo puede ser consultado en versión completa en: <http://www.medigraphic.com/cirujanogeneral>

pacientes, las presiones de éstos para cerciorarse del diagnóstico, la intención de impresionarlos a ellos o a sus familiares ordenando exámenes sofisticados, para tener más evidencias en un ambiente de “medicina defensiva” o por las presiones de diversos tipos que, en ocasiones, ejercen los terceros pagadores.

La tecnología, los estudios de laboratorio o de imagen en sí mismos no son ni buenos ni malos. Son útiles cuando los empleamos pensando en el bien del paciente

y en la ayuda que nos brindan para atenderlos mejor. La apendicitis aguda es y seguirá siendo un desafío aún para el médico o cirujano más experimentado. Requerimos hacer un balance juicioso de lo que conocemos de esta patología, así como de los métodos que tenemos a nuestro alcance para diagnosticarla oportunamente y, si así lo consideramos prudente, llevar al paciente a la cirugía que lo cure y que evite las graves complicaciones que aún en este siglo XXI continuamos viendo.