

Artículo original

Apendicitis aguda-¿una nueva entidad clínica?

Francisco Díaz de León Fernández de Castro,¹ Emma Santos Coy Rosas,² Hipólito Santiago Cruz,³
Alejandro Jiménez Cárdenas⁴

¹ Cirujano HGZ 24, IMSS-ISSSTE.

² Jefe Consulta Externa ISSSTE.

³ Cirujano Hospital Rubén Lefèvre, DDF-ISSSTE.

⁴ Residente de Cirugía 2º año, ISSSTE.

“El diagnóstico de apendicitis aguda suele formularlo el profano debido a sus características clínicas bien definidas” (Spiro)

Resumen

El cuadro clínico de la apendicitis aguda se ha modificado significativamente en los últimos años, al cambiar los eventos que se suscitaban en forma ordenada y característica y que hacían de éste un cuadro fácil de sospechar. El papel que desempeña el retraso del diagnóstico oportuno de la apendicitis aguda y consecuentemente su tratamiento adecuado, juegan un papel definitivo en el desarrollo de complicaciones e incluso en el riesgo de muerte de los pacientes, fenómeno que se ha venido incrementando en los últimos años, y en donde el error diagnóstico médico, el uso mal justificado de medicamentos, en particular el uso de antibióticos, reflejan una ignorancia absoluta en la fisiopatología de la enfermedad y en el impedimento de establecer un diagnóstico de certeza, o el presuncional; el cual una vez que se da, justifica no sólo un periodo de observación sin tratamiento farmacológico sino incluso el de optar por la conducta quirúrgica que siempre será más segura que permitir cambios que alteren el cuadro y originen complicaciones.

Palabras clave: Apendicitis aguda, error diagnóstico, complicaciones, muerte.

Summary

Acute appendicitis clinical features' have been significantly modified in the last years, changing the tidy and characteristic picture that made possible and easy to suspect this diagnosis. The role that implies the delay of the opportune diagnosis of acute appendicitis and its suitable treatment, plays a definite role in the development of potential complications that enclose the risk of death. The increasing tendency of diagnostic mistakes in the last years, the inadequate use of medicines and especially the misuse of antibiotics, reflect

ignorance of the illness physiopathology. A presuncional diagnosis, justifies not only a period of medical observation without pharmacological treatment but also permits choosing a surgical conduct that always will be safer than promoting modifications that changes the clinical picture and originate severe complications.

Key words: Acute appendicitis, medical mistake, complications, death.

Introducción

Reconocida como tal, la apendicitis aguda aparece referida en la literatura hace unos 500 años, describiéndose en el siglo XVI como “peritiflitis” al referirse como una causa de muerte del paciente con patología en el “ciego”. En 1827 Melier la describió como el origen de un “tumor purulento iliaco”; sin embargo no fue sino hasta 1886 cuando Reginald Fitz claramente la describió como apendicitis aguda destacando a la apendicectomía como elemento de la curación. Senn en 1889 fue el primer cirujano que diagnosticó correctamente la apendicitis aguda antes de su ruptura y perforación, realizando una apendicectomía con recuperación del paciente y reporte del caso. Groves, en el desarrollo de su práctica médica en Canadá aparentemente había realizado un procedimiento similar 6 años antes, pero sin ningún reporte oficial. En 1889, McBurney describió los hallazgos clínicos del cuadro de apendicitis aguda previa a su perforación, incluyendo la mención del punto de dolor abdominal “exquisito” característico, que actualmente lleva su nombre; como dato curioso la incisión quirúrgica que lleva su nombre fue realizada en realidad por McArthur. Finalmente y desde hace poco menos de un siglo, fue universalmente aceptado el tratamiento por la apendicectomía como el único adecuado a fin de evitar el curso fatal de la enfermedad y de sus complicaciones.

Sin embargo, debe destacarse que el cuadro clínico e incluso la evolución del desarrollo de la apendicitis aguda ha cambiado drásticamente (cuadro 1), y esto, como en la mayo-

Cuadro 1. Cuadro clínico inicial (acuden al primer médico-primeras 18 horas promedio).

- 1) Dolor abdominal vago-generalizado, y después del CID epigástrico
- 2) Anorexia
- 3) Estado nauseoso con 1 ó 2 vómitos
- 4) Alteraciones en el hábito intestinal (constipación)

ría de los fenómenos cotidianos de la naturaleza gracias a la intervención del ser humano, el uso indiscriminado de medicamentos y en particular de antibióticos ha modificado las manifestaciones clínicas clásicas, y el incremento de la morbilidad y mortalidad generada por el retraso en el diagnóstico y tratamiento oportuno.

En la actualidad la apendicectomía representa alrededor del 1.45% de todas las intervenciones quirúrgicas que se realizan en el mundo; en nuestro país se habla de 80,000 nuevos casos al año, lo que representa un enorme gasto presupuestal, máxime cuando existen complicaciones.

El cuadro de apendicitis es raro durante la infancia, con un incremento marcado a partir de los 10 y hasta los 24 años de edad, declinando a través de la etapa adulta y de la senilidad en donde toma asimismo peculiaridades que merecen consideraciones particulares.

Dentro del grupo de los adolescentes y de los jóvenes adultos existe un ligero predominio en los varones de 3 a 2 sobre las mujeres, porcentaje que aparece muy similar en el resto de los grupos de edad.

Tradicionalmente el diagnóstico de la apendicitis aguda era un ejemplo clásico para destacar las habilidades clínicas en donde los recursos de los exámenes de laboratorio y de gabinete eran mero complemento, nunca indispensables, para establecer el diagnóstico (cuadro 2). Se ha convertido ahora en procesos atípicos, abigarrados, carentes de datos patognomónicos o concluyentes que permitan establecer el diagnóstico.

Clásicamente el cuadro inicia con un dolor abdominal vago, difuso, referido preferentemente al epigastrio o en el área periumbilical seguido de anorexia, estado nauseoso y en ocasiones de vómito (en promedio no más de 2 ó 3). Después de un tiempo variable pero generalmente sobre 6-12 horas de evolución el dolor cambia, localizándose hacia el cuadrante inferior derecho, es decir fosa iliaca derecha, adquiriendo una localización fija y de mucho mayor intensidad, en general sin ninguna implicación de la función intestinal. Despues de un promedio de 24 horas de evolución y generalmente acompañándose de una mejoría transitoria del dolor abdominal y de la aparición de febrícula, ocurre la perforación, estableciéndose el cuadro de irritación peritoneal en forma evidente con reinstalación de un dolor abdominal mucho más severo, fiebre y distensión abdominal gradualmente evolutiva.

Estudio

Se realizó un estudio en el Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda del ISSSTE y del Hospital General de Zona No. 24, IMSS, durante los últimos 8 años, analizando 580 casos, 307 (53%) varones y 273 (47%) mujeres; en donde 481 de los pacientes revisados (83%), asistieron después de 48 horas de haber iniciado con el malestar abdominal y de éstos 220 (38%) después de 60 horas. De este grupo, 551 pacientes (95%) habían tenido al menos una consulta médica no especializada, 504 de los pacientes (87%) con inicio de tratamiento farmacológico a base de analgésicos-antiespasmódicos, bloqueadores H2-inhibidor de bomba de protones o antiácidos; y en 284 pacientes (49%) antibióticos de espectro amplio.

De nuestra población de pacientes estudiados sólo 87 de ellos (15%), entraron a quirófano con diagnóstico de apendicitis probablemente complicada; el 100 por ciento de éstos ingresaron con diagnóstico de abdomen agudo de etiología a determinar. Sólo 52 pacientes (9%) de los casos entraron en franco estado de sepsis con datos que permitían integrar incluso el diagnóstico agregado de choque séptico. En todos los casos los pacientes entraron a quirófano con cobertura de antibiótico utilizando un triple esquema conformado por una cefalosporina de tercera generación, metronidazol y amikacina. El seguimiento en todos los casos fue desde su ingreso al hospital a través del servicio de urgencias y hasta su egreso hospitalario o de consulta externa.

De nuestro grupo de pacientes, 342 (59%) tuvieron una apendicitis clasificada como supurada y 238 de los pacientes (41%) una apendicitis perforada. En relación a la morbilidad ésta se presentó en 93 pacientes (16%) en la población con

Cuadro 2. Cuadro clínico a su ingreso hospitalario (48-60 horas después del inicio PA).

- 1) Dolor abdominal del cuadrante inferior derecho
- 2) Sed y algunos apetito
- 3) Distensión abdominal
- 4) Hipersensibilidad localizada en fosa iliaca derecha
- 5) Febrícula (rara vez mayor de 38°C)-sin taquicardia
- 6) Leucocitosis leve (10,000-12,000) sin o discreta neutrofilia
- 7) Placas simples de abdomen-ileorreflejo, borramiento de psoas, posición antiálgica, niveles hidroaéreos hacia FID

Cuadro 3. Complicaciones.

52 pacientes	(9%)	• Choque séptico preoperatorio
342 pacientes	(59%)	• Apendicitis supurada
238 pacientes	(41%)	• Apendicitis perforada
150 pacientes	(26%)	• Peritonitis generalizada
197 pacientes	(34%)	• Infección de la herida quirúrgica
81 pacientes	(14%)	• Abscesos residuales
24 pacientes	(4.15%)	• Muerte (sepsis abdominal-falla multiorgánica)

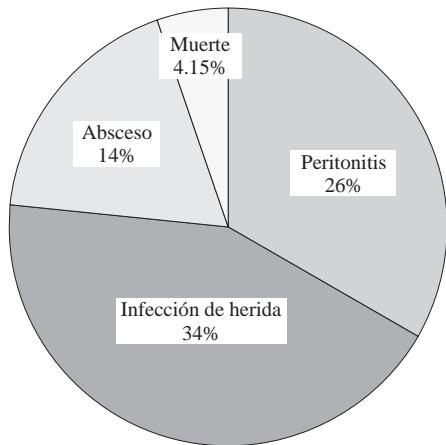


Figura 1.

apéndice no perforado y en 150 (26%) con algún grado de peritonitis. La principal complicación fue de infección de la herida quirúrgica 197 pacientes (34%); seguida de abscesos residuales en 81 pacientes (14%) (cuadro 3).

La tasa de mortalidad fue de 24 pacientes (4.15%) por causas directas o atribuibles como consecuencia del proceso apendicular complicado.

El rango de estancia hospitalaria fue de 5 a 65 días con una media de 24 días, y el tránsito por la Unidad de Cuidados Intensivos de 7 a 21 días, con un promedio de 14.

Entre las causas del retraso en llegar al hospital, 307 de los pacientes (53%) fue por causa directa de un facultativo que no llegó al diagnóstico y desorientó al enfermo. En 232 de los pacientes (40%), que sí fueron diagnosticados en forma correcta por un médico en atención prehospitalaria, caracterizándose el 100% por consumir medicamentos antes o después de la consulta, y, 41 pacientes (7%) recurrieron a la medicina alternativa con malos resultados, antes de acudir a solicitar atención en medio hospitalario en promedio 48-60 horas después.

Conclusión

El cuadro clínico de la apendicitis aguda ha sido evidentemente modificado, principalmente por la falta de sensibilidad clínica del médico no habituado a manejar patología quirúrgica y que, en el empeño de responder al requerimiento social de los pacientes y sus familiares para resolver un dolor abdominal, modifica el curso clínico de la enfermedad sin ni siquiera establecer un diagnóstico etiológico. Asimismo y en segundo lugar, la facilidad para disponer de medicamentos ya sea analgésicos y antiespasmódicos, así como de antibióticos, por parte de la población en general sin el requerimiento de una prescripción médica, a lo que a su vez se agrega el advenimiento de fórmulas químicas similares que abaratan el costo y los hacen más accesibles.

Resulta evidente que la cronología de los eventos de la historia natural de la enfermedad se ha modificado por el mal manejo, alargando los períodos en los que se van presentando las complicaciones como son la formación de absceso y la perforación, al mismo tiempo que limita en general los procesos sépticos dentro de la cavidad intraabdominal. Pero no los cura.

El incremento en la tasa de morbilidad y en la tasa de mortalidad es preocupante, el índice de perforación revela un incremento alarmante del 41 por ciento. El error en el diagnóstico y la automedicación fueron los principales factores para el retraso en el tratamiento y la presentación de apendicitis avanzada.

Resulta claro que el médico general, el médico familiar o cualquier especialista médico debe alertarse ante cualquier dolor abdominal que pueda ser una apendicitis, y ante cualquier duda diagnóstica debe advertir al enfermo lo indispensable de evitar el empleo de cualquier tipo de medicamentos y de acudir con un especialista capaz de esclarecer esta duda antes de propiciar errores.

Referencias

1. Berry J Jr, Malt RA. Appendicitis near it's centenary. Ann Surg 1984; 200: 567.
2. Baron EJ, Bennion R, Thompson J et al. A microbiological comparison between acute and complicated appendicitis. Clin Infect Dis 1992; 14: 227.
3. Braveman P, Schaaf VM, Egerter S, Bennett T, Schechter W. Insurance-related differences in the risk of ruptured appendix. New England Journal of Medicine 1994; 331(7): 444-49.
4. Cappendijk VC, Hazebroek FW. The impact of diagnostic delay on the course of acute appendicitis. Archives of Disease in Childhood 2000; 83(1): 64-66.
5. Ellis BW. Acute appendicitis. In: Ellis BW, Paterson-Brown S, Editors. Hamilton Bailey's Emergency Surgery, 12th ed. Oxford: Butterworth-Heinemann. 1995: 411-423.
6. Fitz RH. Perforating inflammation of the veriform appendix, with special reference to its early diagnosis and treatment. Trans Assoc Am Phys 1886; 1: 107.
7. Hobson T, Rosenman LD. Acute appendicitis, when it's right to be wrong? Am J Surg 1964; 108: 306.
8. Howie JGR. Death from appendicitis and appendicectomy. Lancet 1966; 2: 1334.
9. Lewis FR, Holcroft JW, Boey J, Dunphy JE. Appendicitis: A critical review of diagnosis and treatment in 1,000 cases. Arch Surg 1975; 110: 677.
10. McBurney C. Experience with early operative interference in cases of disease of veriform appendix. N.Y. Med J 1889; 50: 676.
11. Parker SG, Kassirer JP. Therapeutic decision making: A cost-benefit analysis. N England J Med 1975; 293: 229.
12. Practice of Medicine. Edited by Frederick Tice. W.F. Prior Company, Inc. Copyright 1934.
13. Talbert JL, Zuidema GD. Appendicitis: A reappraisal of an old problem. Surg Clin N Amer 1966; 46: 1101.
14. Temple CL, Huchcroft SA. The natural history of appendicitis in adults. Ann Surg 1995; 221: 278.
15. Yardeni D, Hirschi RB, Drongowski RA, Teitelbaum DH, Geiger JD, Coran AG. Delayed versus immediate surgery in acute appendicitis: Do we need to operate during the night? J Pediatr Surg 2004; 39: 464-469.