



Apendicitis Crónica y/o Apendicitis Recurrente?

N. ZUNDEL, MD. SCC.; R. ALBIS, MD.

Palabras claves: Apendicitis: crónica, recurrente, aguda; Dolor recurrente en la f.i.d., Apendicectomía: de urgencia, electiva; Alivio definitivo del dolor abdominal.

La existencia o no de la apendicitis crónica y/o de la apendicitis recurrente ha sido controvertida.

El problema no es sólo académico sino clínico y terapéutico ya que un número importante de pacientes consulta por dolor recurrente en la fosa ilíaca derecha. Con la presentación de uno sólo de estos casos, revisamos la literatura con respecto al tema y se discuten algunos aspectos importantes relacionados con el mismo y se propone un estudio prospectivo para buscar la verdadera incidencia de estas entidades.

Por último, se hace énfasis en la importancia de documentar la enfermedad apendicular muy cuidadosamente antes de resear el órgano para evitar la práctica de apendicectomía en un órgano sano.

INTRODUCCION

La patología que más frecuentemente se presenta en el apéndice cecal es sin lugar a dudas la apendicitis aguda, cuya fisiopatología es ya bien conocida. La primera descripción de la misma fue hecha en 1554 por Jean Fernel (1), con especial referencia a la apendicitis perforada.

Posteriormente Reginald Fitz (2) en un artículo clásico, hace énfasis en el diagnóstico temprano y el tratamiento oportuno como parte de la atención a estos pacientes.

Después de estas primeras publicaciones, mucho se ha escrito sobre esta entidad: la apendicitis aguda. Pero el cuadro clínico y patológico que presentan algunos pacientes con procesos inflamatorios del apéndice, podrían sugerir lo que ha sido motivo de controversia en el pasado, la existencia de otras entidades clínicas, como serían la apendicitis crónica o la apendicitis recurrente.

Esta controversia no es nueva; la primera apendicectomía por dolor recurrente en la fosa ilíaca derecha fue realizada

por Symonds en 1885 (3); desde entonces se notó un incremento cada vez mayor en el número de apendicectomías por apendicitis crónica o recurrente en pacientes con síntomas inespecíficos. Si a esto añadimos la falta de criterios fisiopatológicos y de conducta terapéutica, entendemos por qué se duda de la existencia de la apendicitis crónica como enfermedad, desde 1928, cuando Curnett y Boles, según cita de Saurin (4), se expresaba así: "El diagnóstico clínico de apendicitis crónica implica que la enfermedad está confinada al apéndice, que la apendicectomía está indicada y que la operación será curativa. Nosotros no encontramos un complejo de síntomas que justifique este diagnóstico clínico que sería curado por apendicectomía".

Algunos de los estudios de esa época (3, 4), mostraban cómo la apendicectomía practicada rutinariamente en estos pacientes sin un criterio específico ni hallazgos fisiopatológicos adecuados, no lograban alivio de los síntomas en muchos de tales pacientes.

A pesar de esto, Alvarez en 1940 (5), revisó 385 pacientes a quienes se les practicó apendicectomía y demostró que los síntomas que llevaban al diagnóstico de "apendicitis crónica" no eran convincentes. Por lo tanto, los resultados que mostraban que la apendicectomía no curaba estos síntomas, condenando así tal diagnóstico, dependían de una mala selección de los pacientes, ya que los que sí mejoraban presentaban cuadros clínicos más acordes con el proceso de la enfermedad.

Este concepto ha prevalecido hasta hace algunos años; tan es así que la mayoría de los textos médicos de Patología y de Cirugía actuales, sólo tienen en lista una enfermedad inflamatoria del apéndice: la apendicitis aguda.

Quisimos por lo tanto, con la presentación de un caso, revisar la literatura y abrir nuevamente la discusión de la existencia o no de estas dos entidades: **apendicitis crónica y apendicitis recurrente.**

PRESENTACION DE UN CASO

Paciente de sexo femenino, de 24 años de edad, quien consultó al servicio de urgencias por un cuadro clínico de

Doctores: Natan Zundel, Coordinador Asociado del Dpto. de Cirugía de la Fundación Santa Fe de Bogotá, y Rosario Albis, Residente I de Cirugía General, H. San Ignacio, U.

dolor en la fosa ilíaca derecha, de 2 días de evolución, sin ninguna otra sintomatología asociada.

Al examen físico acusa dolor espontáneo en la fosa ilíaca derecha, que se intensifica a la presión sobre el punto de Mc Burney, con signo de Blumberg positivo.

Como antecedentes de importancia, presentó dos episodios similares en los últimos 6 meses, que cedieron espontáneamente.

El cuadro hemático y el examen parcial de orina dieron resultados normales, igual que la ecografía pélvica. Por la severidad y localización del dolor, la paciente fue llevada a cirugía donde se encontró el apéndice ligeramente congestivo con escasas adherencias, el cual fue reseado.

La evolución en el posoperatorio fue satisfactoria, con seguimiento de 6 meses y desaparición de los síntomas. La anatomía patológica mostró conservación de la arquitectura con abundantes eosinófilos en su interior.

DISCUSION

Aunque ha sido controvertida la existencia de la apendicitis crónica o la apendicitis recurrente como enfermedades, no lo es tanto el cuadro clínico frecuente por el cual consultan nuestros pacientes con dolor recurrente en la fosa ilíaca derecha.

Formulamos a 20 cirujanos de tres diferentes instituciones en Bogotá, las siguientes preguntas: 1) si creían en la apendicitis crónica; 2) si creían en la apendicitis recurrente y 3) si recordaban pacientes con cuadros atribuibles a apendicitis de repetición.

La mayoría de ellos contestó que no a la primera de estas preguntas, la mitad de ellos dijo que no a la segunda, pero todos respondieron afirmativamente a la última de ellas.

El problema no es sólo de tipo académico sino también de connotaciones clínicas y terapéuticas importantes.

Informes en la literatura más reciente muestran series completas de apendicectomías por apendicitis recurrente e incluso por apendicitis crónica (3, 4, 6). La incidencia de las mismas en algunos de aquellos oscila entre 6 a 10% para la primera y 1 a 15% para la segunda.

Enfrentamos así el problema del paciente que consulta por dolor recurrente en la fosa ilíaca derecha. Muchos de estos pacientes son dados de alta con diagnósticos tales como colon irritable, gastritis, colitis, constipación crónica y, por último, cuando ya no encontramos nada los clasificamos como dolores sicosomáticos. Además, estos pacientes han sido valorados repetidas veces por urología y ginecología, con los respectivos estudios y costos que éstos causan. Pero ellos consultan de nuevo y lo hacen por dolor recurrente, y ahí es donde el cirujano puede equivocarse; al revisar los antecedentes, descubre que ya el paciente ha

consultado en varias ocasiones por episodios similares y descarta por esto que sea un cuadro apendicular.

Talbert y Zuidema en un interesante artículo (7), concluyen: "los pacientes en los cuales se encuentran problemas de diagnóstico son aquellos que consultan por ataques recurrentes de dolor. El término apendicitis crónica es inadecuado en la cirugía moderna, pero los ataques recurrentes de apendicitis son una entidad reconocida. Otros autores (3, 4) opinan que ambas entidades existen y vemos cómo se definen los criterios diagnósticos para ellas, de acuerdo con los listados insertos en este texto.

Criterios diagnósticos de apendicitis recurrente

- Dolor recurrente en la fosa ilíaca derecha
 - Alivio de los síntomas con la apendicectomía
 - Diagnóstico anatomopatológico de inflamación aguda apendicular.
 - Cuadro agudo de apendicitis.
-
-

Criterios diagnósticos de apendicitis crónica

- Dolor recurrente en la fosa ilíaca derecha
- Alivio de los síntomas con la apendicectomía
- Diagnóstico anatomopatológico de inflamación crónica. *

* *Inflamaciones crónicas: linfocitos o eosinófilos o granulomas de células gigantes. Fibrosis.*

Los hallazgos histológicos también han sido estudiados y tenemos que en un estudio de 21 años de apendicectomías en la Universidad de Kentucky, el Dr. Anthony Lee y col (8), encontraron en los casos en referencia, inflamación aguda y crónica en algunos, eosinófilos y linfocitos e hiperplasia linfoidea en otros (3, 8).

En relación con el diagnóstico, estos autores sugieren que si ha cedido el proceso agudo, los pacientes deben estudiarse mediante colon por enema el cual muestra en estos casos, el no llenamiento del apéndice cecal por obstrucción de su luz.

En los casos de apendicitis aguda recurrente, el cuadro hemático podrá ser de alguna utilidad pero en general estos pacientes tienen fórmula leucocitaria normal (8); por lo tanto, la historia clínica y el examen físico deben prevalecer para la decisión final.

El siguiente punto de controversia es sobre si estos pacientes deben tratarse en forma conservadora o con criterio quirúrgico.

Algunos estudios sugieren que si se confirma de alguna manera el proceso apendicular, siempre debe tratarse quirúrgicamente, con lo cual se disminuye la morbimortalidad y, al parecer, también reduce la estancia hospitalaria (9). Con este fin, podrá ser útil el estudio mediante el colon por enema, el ultrasonido o con citrato de galio⁶⁷.

El uso de la apendicectomía electiva ha sido controvertido, especialmente por el abuso que se puede hacer de la misma; por lo tanto, debe prevalecer un criterio ponderado, con antecedentes claros y, en lo posible, cimentar el diagnóstico en exámenes complementarios para así evitar el que tengamos pacientes apendicectomizados con persistencia de su sintomatología dolorosa abdominal.

Es importante anotar que no hay, en general, diferencia patológica específica entre la apendicitis aguda y la recurrente, por lo tanto, el diagnóstico es clínico. Como dato interesante anotamos que el Mayor Walter Reed, famoso investigador de la fiebre amarilla, murió de peritonitis por apendicitis perforada después de años de cólico recurrente en la fosa ilíaca derecha (10).

Revisada la literatura, algunas conclusiones pueden esbozarse:

1. La forma más común de la enfermedad apendicular es la apendicitis aguda.
2. El diagnóstico de apendicitis aguda recurrente es clínico, no patológico.
3. La apendicitis aguda puede resolverse en forma espontánea, por lo tanto, puede recurrir.

4. Si el paciente tiene síntomas de apendicitis, el antecedente de episodios similares no la descarta.

5. Debe buscarse evidencias de patología apendicular en lo posible antes de proceder a practicar apendicectomía por apendicitis crónica.

6. El término cólico apendicular recurrente o apendicitis recurrente debe ser más profundamente revisado así como su patología.

7. Las indicaciones para cirugía deben ser estrictas para que ésta alivie los síntomas.

Creemos que deben adelantarse estudios prospectivos orientados a la búsqueda de estas entidades para así saber la real incidencia de ellas, ya que la mayoría de tales estudios son retrospectivos y, por lo tanto, vagos en su información específica.

ABSTRACT

The existence of chronic or recurrent appendicitis as a clinical entity has been controversial. The problem is not merely academic, but it has important clinical and therapeutic implications because a significant number of patients seek medical help for recurrent pain in the right iliac fossa. After illustrating the issue on a case report, the authors review the literature on this subject and propose a prospective study aimed at establishing the true incidence of chronic or recurrent appendicitis. Special emphasis is laid on the importance of documenting appendicular disease before a decision to resect the organ is made, in order to avoid resections of healthy appendices.

REFERENCIAS

- | | | |
|---|--|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. Fernel J: Universal Medicine 1-554, In: Classic Description of Disease. Springfield, Charles C Thomas, 1932, p 614 2. Fritz R H: Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med 1886; 92-321 3. Crrabbe M, Norwood S, Robertson H & Silva J: Recurrent and Chronic Appendicitis. Surg Gynecol Obstet 1986 Jul; 163: 11-3 4. Savrin R, Clausen K, Martin E, Cooperman M: Chronic and Recurrent Ap- | <ol style="list-style-type: none"> pendicitis. Am J Surg 1979; 137: 355-7 5. Alvarez W C: When should one operate for "chronic appendicitis". JAMA 1940; 114: 1. 301 6. Scully R, Mark E, McNeely W, McNeely B: "Case 35-1990- Case Records of the Massachusetts General Hospital". N Engl J Med 1990; 323 (9) 593-600 7. Talbert J L, Zuidema G D: Appendicitis, a reappraisal of an old problem. Surg Clin North Am 1966; 46: 1101 | <ol style="list-style-type: none"> 8. Lee A, Bell R, Griffien Ward, Hagihara: "Recurrent appendicitis colic". Surg Gynecol Obstet 1985 Jul; 1161: 21-4 9. Howle J G: "The place of appendectomy in the treatment of young adult with possible appendicitis. Lancet 1968; 1: 1365-7 10. Crosby W H, Haubrich W S: The death of Walter Reed. JAMA 1982; 248: 1342-5 |
|---|--|--|

COMENTARIOS

Como una nueva modalidad de presentación de algunos temas de controversia, la Revista de la Sociedad Colombiana de Cirugía, inicia hoy la publicación del trabajo anterior, leído y comentado por su primer autor, doctor Natan Zundel, ante un grupo constituido esta vez por dos cirujanos, los doctores Joaquín Silva y Miguel Otero, y una

patóloga, la doctora María Mercedes Fergusson, coordinados por el editor de la Revista, doctor Mario Rueda, con el propósito de adicionarlo con los comentarios que surgieran al rededor del controvertido tema tratado. Tales comentarios son los que a continuación se transcriben.

Doctor Joaquín Silva

El tema de la apendicitis recurrente guarda estrecha relación con una entidad poco estudiada y comentada, cual es la conocida como "plastrón apendicular". En nuestro medio, quien primero la estudió y habló de ella fue el doctor Lope Carvajal Peralta, cirujano del Hospital Militar Central, quien sembró la inquietud sobre la misma, la cual fue acogida y continuada por sus sucesores en dicho centro hospitalario después de su prematura muerte.

El diccionario terminológico de Ciencias Médicas en su 12a Ed. Salvat, 1984, define el término plastrón como "zona de induración a nivel de un foco inflamatorio", y eso es lo que precisamente ocurre, a veces, al redor del apéndice inflamado, configurando un estado nosológico, con dos características: una clínica y otra anatomopatológica. La primera se tipifica por un cuadro abdominal con las peculiaridades del dolor apendicular sobre la fosa ilíaca derecha (f.i.d.) acompañado de anorexia, aunque casi siempre con buena tolerancia de la vía oral y, ocasionalmente, estado nauseoso, vómito y excepcionalmente estreñimiento o diarrea, pero siempre con un estado general relativamente conservado.

Los signos físicos están representados por taquicardia e hipertermia moderadas con deshidratación grado I, ausencia o muy discreto estado saburral de la lengua, peristaltismo presente sin distensión abdominal pero con el signo palpatorio característico que identifica una masa dolorosa, bien delimitada en la f.i.d., fija, de consistencia firme con signos de Blumberg localizado, hallándose el resto del abdomen libre de signos de irritación peritoneal. El cuadro hemático puede mostrar una leucocitosis moderada con desviación a la izquierda, igualmente discreta.

Desde el punto de vista anatomopatológico el cuadro macroscópico se caracteriza por la aglutinación periapendicular de vísceras, las cuales forman una masa inflamatoria no supurada, edematosa, dura y friable cuyo núcleo central está constituido por el apéndice inflamado pero no perforado, "bloqueado" y encapsulado por una coraza de tejidos adheridos al órgano y entre sí, cuyo desprendimiento y disección son prácticamente imposibles sin causar lesiones iatrogénicas, y en los que las ligaduras seccionan las estructuras comprometidas en este proceso inflamatorio de consistencia caseosa.

En estas condiciones, la apendicectomía es poco menos que imposible, y cuando se insiste en ella, se afronta casi una tragedia para el cirujano y especialmente para el paciente que es sometido a un procedimiento de alto riesgo de lesiones iatrogénicas, como queda dicho, y a serias complicaciones transoperatorias que han llevado, en algunos casos, a efectuar hemicolectomías derechas, con la consiguiente morbimortalidad posoperatoria. En estos casos de verdadero plastrón apendicular es cuando está plenamente indicado el tratamiento médico inicial a base de reposo, venoclisis, antibioticoterapia, analgésicos y restablecimiento temprano de la vía oral, favorecido por la tolerancia digestiva propia del cuadro clínico, y bajo estre-

cha observación médica del paciente, que casi siempre evoluciona favorablemente hacia la mejoría clínica con disminución progresiva de los síntomas y de la masa palpable en la f.i.d., hasta su desaparición total, que le permiten reintegrarse a su vida normal. A los 3 meses del episodio agudo, lapso suficiente para la reabsorción completa del proceso inflamatorio, se procede a la apendicectomía electiva, sin riesgos previsible, en la cual se encuentra el apéndice parcialmente fibroso, o sólo un muñón del mismo, pero fácilmente disecable y en condiciones de efectuar un tratamiento seguro de la base del apéndice en un ciego normal, donde las suturas no se desgarran. Al no practicar en este momento la apendicectomía, seguramente se presentará en un plazo más o menos corto, un nuevo episodio de apendicitis aguda desarrollada en los restos del órgano, la cual podría llamarse apendicitis recurrente. En algunos casos, durante la fase inicial, el plastrón puede abscedarse, lo que se traduce clínicamente por una agravación de los síntomas y signos clínicos, que a cambio de disminuir se agudizan lo que plantea la laparotomía, con el criterio de drenar el absceso sin romper las adherencias que lo aislan del resto de la cavidad abdominal, dejar un dren adecuado e instaurar la terapéutica médica ya indicada para el plastrón no abscedado, hasta completar las 12 semanas de tratamiento, al cabo de las cuales se procede a la apendicectomía electiva de los restos apendiculares en la forma comentada anteriormente.

Histopatológicamente, los apéndices resecaos en todos estos casos de enfriamiento del proceso inflamatorio, presentan oclusión de su luz, zonas de esclerosis, granulomas y presencia de easinófilos y células plasmáticas.

Esto demuestra que algunos episodios de apendicitis aguda, con formación de plastrón o sin ella, pueden ser susceptibles de regresión, comúnmente favorecida por automedicaciones a base de antibióticos en pacientes con buenas defensas inmunológicas, pero que tienen la tendencia a recidivar en forma periódica. Sin embargo, nunca se debe intentar el tratamiento médico de un cuadro clínico de apendicitis, mientras no se identifique claramente el plastrón con las características ya definidas.

Doctor Miguel Otero

Se acepta que en la etiopatogenia de la apendicitis juega un papel primordial la obstrucción de la luz del apéndice, causada por cuerpos extraños, materia fecal compacta, adherencias, tumores, problemas de tipo anatómico o excesiva hipertrofia del tejido linfoide, especialmente en las dos primeras décadas de la vida, que hasta puede llegar a obstruir la luz del apéndice.

En el primer caso, la obstrucción por cuerpos extraños, puede ser reversible por cuanto éstos eventualmente son expulsados de la luz apendicular hacia el ciego, lo que ocasiona la cesación de los síntomas y signos agudos y el cuadro clínico regresa a la normalidad, sin que el paciente quede exento de repetir el episodio en el futuro. Los casos en los que se forma plastrón, suponen una eficiente defensa del organismo que enfrenta la inflamación mediante

un verdadero proceso de cicatrización que supera la agresión bacteriana.

Queda en el plano de la discusión la llamada apendicitis crónica, que más bien parece tratarse de intervalos entre los episodios de apendicitis aguda recurrente.

Doctora María Mercedes Fergusson

Desde el punto de vista de la patología, se observan dos posiciones en la definición de la apendicitis crónica: los que sostienen que debe existir la obstrucción de la luz apendicular, y los que sólo la aceptan cuando la pared del apéndice aparece infiltrada de linfocitos más allá de donde termina el folículo linfoide en la capa muscular entremezclados con los eosinófilos, y esta es la situación histopatológica que algunos admiten como apendicitis crónica. En relación con la llamada apendicitis recurrente, este es un cuadro clínico, más que anatomopatológico. No obstante, en la apendicitis recurrente se observa el apéndice con cambios fibrosos con un proceso agudo agregado, aunque se requiere experiencia para calificar acertadamente los fenómenos patológicos derivados de una inflamación previa.

Doctor Otero

El caso clínico que presenta el doctor Zundel, lo hemos vivido los cirujanos muchas veces con aquellos pacientes que sufren en repetidas ocasiones de intolerancias alimentarias tratadas como parasitismo intestinal y que a pesar de haber pensado en la posibilidad de una apendicitis, no se está convencido del diagnóstico y no se indica el tratamiento quirúrgico, por falta de claridad en el cuadro clínico que en muchos casos se debe a la posición anatómica anómala del apéndice.

Doctora Fergusson

Es preciso aclarar que el cuadro patológico de la apendicitis aguda se caracteriza por ulceración severa de la mucosa apendicular, con infiltrado inflamatorio que comprende todas las capas de la pared del apéndice incluyendo la muscular y la serosa. En los casos de periapendicitis, el proceso inflamatorio no se origina en el apéndice sino en los órganos vecinos, frecuentemente en los ginecológicos, en cuyo caso el infiltrado inflamatorio viene de fuera hacia adentro del apéndice.

Doctor Silva

En referencia al término "recurrente", puede ser válido por cuanto en los casos de plastrón apendicular, por ejemplo, favorecida su formación y posterior resolución por tratamientos médicos a base de antibióticos, tan utilizados empíricamente en estados febriles por personas no médicas o por médicos que no han sospechado el diagnóstico de apendicitis, especialmente cuando la evolución inicial de ésta es de carácter benigno, queda como residuo del proceso un apéndice o fragmento de apéndice patológico, que es terreno abonado para una recurrencia del estado inflamatorio agudo anterior.

Doctor Otero

Al respecto debe quedar muy claro que en ningún caso puede entenderse la tesis expuesta sobre el plastrón apendicular como una sugerencia para tratar medicamente los casos de apendicitis aguda, porque ello podría conducir, en muchos casos, a aumentar la morbimortalidad en el tratamiento adecuado y oportuno de esta entidad, porque es bien sabido que hay una gran diferencia entre una apendicitis perforada en cavidad libre y otra no perforada, desde el punto de vista terapéutico y pronóstico.

Sobre los términos recurrente y crónica al referirse a la apendicitis, creo que lo recurrente podría llamarse crónico; en la pancreatitis, por ejemplo, se reconocen la aguda, la recurrente y la crónica, siendo la aguda muchas veces a repetición.

Doctor Silva

Si nos atenemos a la etimología de la palabra apendicitis, el sufijo "itis" denota "inflamación" y, en consecuencia, apendicitis crónica denotaría inflamación crónica del apéndice, lo que desde el punto de vista clínico y anatomopatológico no es completamente exacto. Por lo tanto, deberíamos hablar en estos casos, de apendicopatía crónica cuando se configura un estado patológico crónico no inflamatorio del apéndice cecal.

Doctora Fergusson

Considero difícil hablar, en un momento dado, de inflamación crónica del apéndice, teniendo en cuenta las características histopatológicas de la inflamación ya mencionadas anteriormente, aunque algunos patólogos aceptan como signo de inflamación crónica la infiltración linfocitaria de la capa muscular que, eventualmente, puede conducir a la obstrucción de la luz del apéndice.

Doctor Otero

En relación con el diagnóstico del plastrón apendicular, debe tenerse gran cuidado en el diagnóstico diferencial con el carcinoma, especialmente en los pacientes de edad avanzada. No se puede descartar la apendicitis aguda por el hecho de que el paciente haya presentado anteriormente cuadros clínicos similares, que pueden corresponder, en algunos casos, a episodios de apendicitis que se han resuelto sin intervención quirúrgica, a un ameboma, etc.

Para terminar, el panel estuvo de acuerdo en publicar el trabajo presentado por el doctor Zundel, con la idea de exponer la tesis de la apendicitis crónica y/o recurrente como tema de controversia. Al mismo tiempo aconseja la consulta de la bibliografía referida por el autor, en el trabajo comentado.

La Revista Colombiana de Cirugía vería con agrado los comentarios que sus lectores tuvieran a bien hacer sobre este controvertido tema.