



Apendicitis Crónica y Recurrente

Patologías Subdiagnosticadas

Revisión del Tema

G. A. FUENTES, MD. (S.S.O.)

Palabras claves: Apendicitis crónica, Apendicitis recurrente, Dolor en la fosa ilíaca derecha, Apendicectomía.

Se presentaron tres (3) casos de apendicitis recurrente y un caso de apendicitis crónica dentro de los pacientes estudiados desde el 1 de marzo de 1993 hasta el 30 de abril de 1994, en el "Hospital Integrado San Juan de Cimitarra". Tres hombres y una mujer con edades entre los 9 y 21 años, con promedio de 16 años. La incidencia es de 15 y 5% respectivamente, más alta que los estudios publicados mundialmente.

Se discute la dificultad para realizar el diagnóstico, en gran parte porque históricamente dentro de la patología apendicular, sólo se tiene en cuenta la inflamación aguda. Se hace una revisión bibliográfica exhaustiva desde 1980, concluyéndose que existen dichas patologías, por lo que las debemos tener en cuenta cuando enfrentemos pacientes con dolor abdominal en el cuadrante inferior derecho, que se repite en el tiempo, episódico o prolongado. Se propone la apendicectomía como tratamiento definitivo y se comentan la apendicectomía laparoscópica y los métodos conservadores.

INTRODUCCION

Dentro de la amplia gama de patologías abdominales en que se piensa al enfrentar un paciente con dolor en la fosa ilíaca derecha (FID), talvez la primera opción diagnóstica es la apendicitis aguda; pero infortunadamente, cuando este dolor ha sido recurrente o crónico, muchas veces sin tratamiento anterior, descartamos la patología apendicular basados en la historia natural de la misma, negándonos la existencia de la inflamación crónica y sus exacerbaciones periódicas.

La controversia sobre la existencia o no de la apendicitis crónica y recurrente se remonta en la historia de la cirugía hacia 1885, cuando Symonds realizó la primera apendicectomía publicada, por dolor recurrente en el cuadrante inferior derecho (1). En 1886, aparece la apendicitis aguda clasificada como enfermedad quirúrgica (2); sin embargo, Carnett y Boles (3) critican en 1928 el diagnóstico clínico de apendicitis crónica, basados en la ausencia de hallazgos fisiológicos e histológicos correlacionables y la falta de alivio posterior a la apendicectomía. Quienes apoyan la existencia de la patología crónica y recurrente del apéndice sostienen que la falla de los anteriores autores se basó en la mala escogencia del paciente pues se erró mucho en el diagnóstico (4).

Pero definitivamente en la práctica médica se encuentran casos con dolor en la fosa ilíaca derecha, de tipo crónico o recurrente con parámetros clínicos y paraclínicos, con demostración por patología y curación luego de realizar la apendicectomía (5-9).

Esta afirmación la corrobora la encuesta realizada por el Doctor Natan Zundel a veinte prestigiosos cirujanos de Santafé de Bogotá sobre el tema y aunque la mayoría fue reacia a la existencia de dichas patologías, casi todos recordaron por lo menos 1 caso con los criterios diagnósticos y evolución concordante con la enfermedad apendicular crónica y recurrente (10).

MATERIALES Y METODOS

Realizamos un estudio prospectivo desde el 1° de marzo de 1993 hasta el 30 de abril de 1994 en el que se tuvieron en cuenta todos los pacientes, hombres y mujeres de cualquier edad, que presentaron cuadro clínico compatible con inflamación apendicular, fuera aguda, crónica o recurrente. Se realizó cuadro hemático y uroanálisis. Fueron observados por períodos de tiempo que oscilaron entre 2 y 48 horas, según su evolución, antes de ser llevados a cirugía; 20 de los 21 pacientes fueron operados; 16 (80%), por incisión de Rocky Davis y 4 (20%) por minilaparotomía in-

Doctor Giovanni A. Fuentes, médico general, quien adelantó el presente trabajo durante la prestación del Servicio Social Obligatorio en el Hospital Integrado San Juan de Cimitarra, Santander, Colombia.

Tabla 1. Relación de los grupos de edad con los diagnósticos prequirúrgicos.

Edad (años)	Ap. recurr.	Ap. crón.	Ap. aguda	Total
< 10		1	1	2
10-14			2	2
15-19	2		8	10
20-24	1		3	4
25-29			1	1
>30			1	1

fraumbilical. Los diagnósticos se muestran en la Tabla 1. Uno de los casos, tras la evolución y exámenes de laboratorio, demostró tener pielonefritis. Los casos se muestran en la Tabla 2.

PRESENTACION DE CASOS

CASO # 1. Paciente de sexo masculino de 19 años de edad quien consulta al servicio de urgencias por cuadro de dolor abdominal en la FID, de 24 horas de evolución tratado empíricamente con antiparasitarios. Refiere tres episodios similares en el último año. Al examen físico presenta dolor en el punto de Mc Burney y signo de Blumberg positivo, con leucocitosis de 12.600 sin cayados. Se realiza apendicectomía; se encuentra apéndice edematoso, congestivo sin focos de necrosis. El resultado anatomopatológico informa inflamación activa con abundantes eosinófilos. La evolución postoperatoria fue satisfactoria.

CASO # 2. Paciente femenino de 15 años de edad, tratada en consulta externa con diagnóstico de síndrome de colon irritable, por dolor en el abdomen inferior de 8 meses de evolución, periódico, con mejoría espontánea y estudio ginecológico normal. Presenta típico dolor en la FID, en el punto de Mc Burney; 38.2°C, lengua saburral y deposiciones diarreicas. Presenta leucocitosis de 16.100. Se pasó

Tabla 2. Relación de los casos analizados que fueron llevados a cirugía.

Paciente	Edad (años)	Sexo	Evol. dolor const. (horas)	Diagnóst. ingreso	Estancia hospital.
1	21	M	12	Apend. ag.	24
2	18	M	24	Apend. ag.	24
3	9	M	20 días	Apend. crón.	48
4	19	F	6	Apend. ag.	24
5	26	M	18	Apend. ag.	48
6	17	F	12	Apend. ag.	24
7	14	F	24	Apend. ag.	24
8	19	M	24	Apend. ag.	24
9	24	M	36	Apend. recurr.	48
10	9	M	12	Apend. ag.	24
11	15	F	18	Apend. ag.	24
12	30	M	24	Apend. recurr.	48
13	19	F	30	Apend. ag.	72
14	20	F	12	Apend. ag.	24
15	13	M	18	Apend. ag.	24
16	18	F	24	Apend. ag.	24
17	17	M	15	Apend. ag.	24
18	21	M	24	Apend. ag.	24
19	15	M	10	Apend. recurr.	24
20	16	M	12	Apend. ag.	24

a cirugía donde se encontró apéndice edematoso con adherencias. La mejoría posquirúrgica fue total.

CASO # 3. Niño de 9 años de edad con dolor en la FID; temperatura de 39°C; vómito, anorexia y leucocitosis. Dolor localizado en el punto de Mc Burney. El cuadro lo venía presentando desde hacía 20 días con automedicación; había tenido un episodio similar 4 meses atrás. Intraoperatoriamente se encontró un plastrón apendicular con focos de necrosis. La evolución fue satisfactoria. La patología demostró apendicitis supurativa perforada, fibrosis, proceso inflamatorio crónico con infiltración leucocitaria y abundantes eosinófilos.

CASO # 4. Paciente de 21 años de edad con cuadro de 24 horas de evolución de dolor en la FID, sin otra sintomatología; los exámenes de laboratorio fueron normales. Al examen presentaba dolor en el punto de Mc Burney y signo de Blumberg positivo. El cuadro se venía repitiendo desde hacía 1 año y se resolvía espontáneamente antes de 12 horas de evolución. Se llevó a cirugía y se encontró el apéndice congestivo y edematoso. El informe de patología dice: Reacción inflamatoria aguda con abundantes eosinófilos.

DISCUSION

Se observó una alta incidencia tanto de apendicitis recurrente como de apendicitis crónica, 15 y 5% respectivamente, lo que se encuentra muy por encima de la publicada por otros autores como Crabbe (11) que muestra 1.5% para apendicitis crónica y 10% para la recurrente; Lewis (12) muestra 0.8 y 9%, respectivamente; Sarvin R.A. presenta 4% para la recurrente y 1.7% para la crónica (13). Sólo un estudio (14) muestra un 7.9% de incidencia de apendicitis crónica lo que es superior a nuestros resultados. No obstante, en el grupo pediátrico la incidencia de estas patologías se halla más alta aún (15, 16). Esta elevación en la incidencia puede verse afectada por el tipo de estudio realizado; los anteriormente mencionados fueron retrospectivos; este se realizó prospectivamente, con énfasis en la anamnesis sobre episodios similares recurrentes; por otro lado, porque cada vez más la controversia le da la razón a la existencia de dichas patologías y el cirujano se hace consciente de ello. Sin embargo, a pesar de su existencia justificada clínica y patológicamente, aun en los tradicionales textos guías de cirugía general, la única patología inflamatoria del apéndice es la apendicitis aguda.

Los hallazgos histopatológicos son demostrables en un gran porcentaje de especímenes, en especial de los pacientes con criterios diagnósticos de apendicitis crónica; no así quienes han presentado episodios agudos recurrentes en los cuales no hay ninguna diferencia con el resultado de la apendicitis aguda (17). En varios estudios publicados (11, 14, 18-20), se concuerda en afirmar que los apéndices con apendicitis crónica e incluso un gran porcentaje de apendicitis recurrentes, presentan inflamación activa crónica con gran número de células del sistema inmune, en especial linfocitos T; además, un aumento en las células neu-

rales. Falk S. y Shcutze U. presentan un estudio clínico-patológico de 47 casos (18) en donde correlacionan sus hallazgos histológicos y afirman que la secreción de mediadores inflamatorios neurotróficos, especialmente por activación y desgranulación de eosinófilos, deriva en estimulación de nociceptores que producen los síntomas clínicos. De tal forma se garantiza el diagnóstico de los procesos crónicos y recurrentes del apéndice, no sólo clínica, sino histológica e inmunológicamente.

Sin embargo, esta es una corroboración posquirúrgica. Se han publicado varios métodos diagnósticos para evitar la apendicectomía en pacientes sanos con resultados muy variables. El ultrasonido del abdomen parece ser un método bastante específico y sensible en la ayuda del diagnóstico (6, 21). Este mismo método es utilizado para el manejo no operatorio de las masas apendiculares (22, 23). Ooms H.W. y Koumans R.K. (24) realizaron exploración ultrasonográfica en 525 pacientes con signos clínicos de apendicitis. De 207 pacientes con apendicitis demostrada postoperatoriamente, se visualizó el apéndice inflamado (diámetro igual o mayor a 6 mm) en 86%, siendo mejor el diagnóstico en caso de apendicitis no perforada (91%). Así mismo se hizo el diagnóstico correcto de 140 pacientes con otras patologías.

Se ha promulgado el uso de la apendicografía mediante catéter intraluminal, con lo que se pudo evitar apendicectomías innecesarias en más del 50%, según estudio presentado por Chung H.W. (25); sin embargo, es un método dispendioso y costoso y no está difundido en nuestro medio.

De otro lado desde 1954, Crhom S.A. (26) publicó sus criterios radiográficos de diagnóstico de apendicitis crónica y aguda. Se ha implementado con grandes ventajas el uso del colon por enema (con bario), basándose en la visualización o no del apéndice. Este método ampliamente reconocido se ha descrito como seguro y de gran ayuda en este diagnóstico (1, 11, 27).

Sólo utilizamos el diagnóstico clínico previo y la demostración por el examen patológico de los especímenes. Con la utilización de estos métodos no hubo falsos positivos, por lo que estamos seguros de que aunque la ecografía es de ayuda invaluable en el acercamiento clínico, es precisamente la clínica, la que tiene la mayor sensibilidad y especificidad en el diagnóstico de la patología apendicular inflamatoria, afirmación respaldada por varios autores (8, 9, 12, 15, 21, 28). Los criterios diagnósticos los resume Crabbe M.M. y Norwood S.H. (11) en los siguientes términos:

Criterios para el diagnóstico de apendicitis recurrente

1. Historia de ataques de dolor en el cuadrante inferior derecho, recurrentes y similares.
2. Alivio de los síntomas con la apendicectomía.
3. Diagnóstico patológico de inflamación aguda del apéndice.

Criterios para el diagnóstico de apendicitis crónica

1. Historia de dolor en el cuadrante inferior derecho, por un lapso mayor o igual a 2 semanas.
2. Alivio de los síntomas con la apendicectomía.
3. Hallazgos patológicos compatibles con inflamación crónica.

Los cuadros de apendicitis crónica frecuentemente han sido asociados a otras patologías tales como endometriosis apendicular (29), apendicitis esquistosomal (14) estudiada en Nigeria con una alta incidencia (6.2%), encontrándose áreas endémicas de *Schistosoma haematobium*; en este caso, la cronicidad de la inflamación es debida básicamente a la abundante postura de huevos en la pared del apéndice, especialmente en la submucosa (30); también paniculitis mesentérica (31), apendicitis tuberculosa, sarcoidosis, flegmones con infiltración eosinofílica secundarios a depósitos intraluminales de parásitos, yersiniosis, infección por espiroquetas, apendicitis por toxoplasma, tumor carcinoide del apéndice, colitis ulcerosa, poliarteritis nodosa, cuerpos extraños y otras (14,32). Sack D.M. (17) reporta asociación entre apendicitis recurrente y eritema anular centrífugo.

Con relación a la base fisiopatológica de la apendicitis recurrente, el Dr. Seidman J.D. argumenta (32) en su reporte de casos que la malposición del ciego y por ende del apéndice juegan un papel predisponente para dicha recurrencia. De la misma forma Lee A.W. y col (33), encontraron una alta incidencia de torsión apendicular como evento presente en los cuadros de apendicitis recurrente. Otro de los eventos asociados con la aparición de la recurrencia es la formación de mucocoele apendicular, caracterizado por el acúmulo de moco y distensión de la luz del apéndice; estos son causados generalmente por hiperplasia mucosa o neoplasia (32). Dicho mucocoele lleva a la obstrucción de la luz; la producción y acumulación de moco ocurre con una tasa relativamente constante, lo que causa dilatación progresiva del apéndice, que paulatinamente lleva a isquemia inducida por oclusión venosa, con la subsecuente producción del dolor abdominal. La distensión aumenta hasta sobrepasar la obstrucción y ocasiona drenaje rápido del moco hacia el ciego, produciendo alivio del dolor. En este mismo estudio se afirma que de seguirse este patrón fisiopatológico, la periodicidad se daría cada 30 a 40 días. Otra posible explicación fisiopatológica se basa en la migración de parásitos en fase larvaria que se posan en el apéndice, lo obstruyen, con la cadena de eventos subsecuentes ya conocidos, y salen antes de producirse perforación, por lo que el cuadro cede espontáneamente, lo que ha sido llamado por algunos autores como "appendicitis abortiva" (24). Este mismo evento se logra con el "apendicolito" o fecalito impactado en el apéndice con resolución espontánea (34). Sin embargo, puede sobrevenir la perforación, por fijación de adherencias y fibrosis, por disminución del punto de tensión máxima o por movimientos musculares que traccionan el mesoapéndice y sus adherencias. Algunos autores (11) sugieren que una historia de dolor en la

FID, recurrente, se asocia a aumento del riesgo de perforación.

Para soportar científicamente la fisiopatología de la apendicitis crónica y recurrente, Dichman A.H. y col (35), realizaron un experimento en conejos, provocándoles obstrucción apendicular por un período de 1 a 3 meses (4 a 12 semanas) encontrando tres tipos de respuesta crónica, desde la formación de hidrocele sin infección ni inflamación notoria hasta abscesos; dejando entrever que dependiendo de la respuesta inflamatoria de defensa de cada individuo, se puede autolimitar la lesión, pasar al estado crónico o llevar hacia la infección.

Como diagnóstico diferencial, ya bien estudiado, se debe tener en cuenta el síndrome de colon irritable, patologías ginecológicas, urológicas como pielonefritis y urolitiasis enteroenteral, enterocolitis bacteriana, linfadenitis mesentérica, diverticulitis de Meckel, úlcera péptica perforada, enfermedad de Crohn entre otras (24) y, por último, un diagnóstico del que tal vez se abusa mucho: "Dolor abdominal psicossomático" (36).

Otro punto de gran controversia es el tratamiento que se debe dar a estas patologías. Nosotros realizamos en todos los casos apendicectomía convencional, con incisión de Rocky Davis en el 80% de los casos; sólo 4 casos requirieron mililaparotomía, por sospecha de perforación, que sólo se comprobó en 1 caso. La literatura mundial en acogimiento al auge de la cirugía endoscópica ha presentado varias experiencias de apendicectomía laparoscópica con resultados variables. Perri S. y col (37), presentan 10 casos tratados laparoscópicamente con excelentes resultados estéticos, analgésicos y funcionales; sin embargo, dada la benevolencia de la apendicectomía convencional con su baja tasa de morbilidad, se notan más los gastos económicos extras para el paciente (videolaparoscopia, endosuturas, etc.) que los beneficios (38). Incluso, ya se inició el informe de casos de apendicitis recurrente o recidivante luego de apendicectomías laparoscópicas (39); el factor causal lo constituyen generalmente muñones apendiculares largos, por la dificultad técnica para aplicar la endosutura laparoscópica (*stapler*) en la base del ciego. Por lo tanto, nosotros somos partidarios de que la mejor medida de seguridad en estos casos es la invaginación del muñón apendicular, maniobra que representa mayor dificultad técnica cuando se realiza endoscópicamente. Este mismo autor concluye que no existen ventajas valederas de la apendicectomía laparoscópica sobre la convencional, que es un procedimiento seguro y efectivo si se parte de un diagnóstico temprano y acertado.

Cuando se trata del plastrón apendicular se describe el tratamiento conservador con terapéutica médica para estabilizar el proceso y evitar entrar sobre un campo lleno de adherencias y friabilidad en donde las posibles complicaciones son graves. Sin embargo, para esto, se debe estar seguro de que se trata de un plastrón apendicular y no un absceso el cual necesita un tratamiento operatorio o drenaje percutáneo inmediato (23). Aunque Bagi y Dueholm

(22) afirman que la demostración de un absceso no indica intervención quirúrgica, pues éste puede resolverse espontáneamente o drenar al intestino, ellos mismos recomiendan el drenaje percutáneo guiado ultrasonográficamente.

Hoffman J. (40) no utiliza la apendicectomía electiva una vez se ha realizado el tratamiento médico, pues encontró que sólo el 20% de los pacientes previamente tratados no operatoriamente presentaban recurrencia, evitando así el 80% de las cirugías; vale la pena anotar que el seguimiento de los pacientes no fue constante y que nunca se comprobó el diagnóstico por patología. Para nuestro grupo de trabajo es norma que tras el diagnóstico de apendicitis, ya sea aguda, crónica o recurrente, se debe instaurar tratamiento operatorio de preferencia convencional de mínimo trauma, con lo cual se evitan más recurrencias y tal vez se disminuye la tasa de morbilidad de esos casos recidivantes, si tenemos en cuenta que la apendicectomía en manos de un buen cirujano es un procedimiento muy seguro.

CONCLUSIONES

Se concluye que las apendicitis crónicas y recurrentes existen como tales. Que se deben tener en cuenta dentro de las hipótesis diagnósticas del cirujano al enfrentar pacientes con dolor en la fosa ilíaca derecha, haya o no repetido el cuadro anteriormente. Que se debe conscientizar al cuerpo médico de su existencia para evitar que se siga subdiagnosticando y, por ende, que se sigan tratando empíricamente estos cuadros en donde el único afectado es el paciente. Que debe llenarse de razones clínicas especial-

mente y utilizar los medios a su alcance para realizar un diagnóstico correcto y evitar la práctica exagerada de la apendicectomía. Que esta debe realizarse siempre que se llegue al diagnóstico para evitar las recurrencias y mayores complicaciones. En nuestra opinión, toda perspectiva y todo enfoque médico o quirúrgico que se fundamente en un mayor bienestar para los pacientes, debe ser recibido con agrado, sin olvidar que también la obligación económica hace parte de ese bienestar.

ABSTRACT

Three patients with recurring appendicitis and one case of chronic appendicitis are presented. Four patients, three male and one female, with ages ranging from 9 to 21 years -average 16 years- were observed among those studied in the period from March 1/1993 to April 30 1994. Incidence is of 15% and 5% respectively, higher than that found in world literature.

The difficulty in performing and accurate diagnosis is discussed, mainly because of the historic tendency in appendicular pathology of taking into account only the acute inflammation of the organ. An exhaustive review of the articles published since 1980 is made, inferring that such pathologies do exist, and we should keep them in mind when we encounter patients with chronic and episodic lower right quadrant abdominal pain. Appendectomy is proposed as definitive treatment. Other more conservative methods, as well as laparoscopic appendectomy, are discussed.

REFERENCIAS

- Homer M J, Braver J M: Recurrent appendicitis: reexamination of a controversial disease. *Gastrointest Radiol* 1979; 4: 295-301
- Fitz R H: Perforating inflammation of the vermiform appendix with special reference to its early diagnosis and treatment. *Am J Med* 1886; 92: 321-46
- Carnett J B, Boles R S: Fallacies concerning chronic appendicitis. *JAMA* 1928; 91: 1679-83
- Alvarez W C: When should one operate for chronic appendicitis? *JAMA* 1970; 114: 1301-6
- Rodríguez S, Baker M: A case of chronic appendicitis. *J Fam Pract* 1986; 42: 119-20
- Brondum V: Atypic appendicitis acute. *Rontgenblatter* 1989; 42: 119-20
- Ikard R W: Recurrent appendicitis: a valid disease. *J Tenn Med Assoc* 1992; 85: 105-6
- Mattei P, Sola J E, Yeo C J: Chronic and recurrent appendicitis are uncommon entities often misdiagnosed. *J Am Coll Surg* 1994; 178: 385-9
- Hawes A S, Whalen G F: Recurrent and chronic appendicitis: the other inflammatory conditions of the appendix. *Am Surg* 1994; 60: 217-9
- Zundel N, Albis R: Apendicitis crónica y/o recurrente? *Rev Col Cirug* 1992; 7: 38-42
- Crasbbe M M, Norwood S H, Robertson H D: Recurrent and chronic appendicitis. *Surg Gynecol Obstet* 1986; 163: 11-3
- Lewis F R, Holcroft J W, Boey J: Appendicitis; a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch Surg* 1975; 110: 677-84
- Sarvin R A, Glausen K, Maretin E W: Chronic and recurrent appendicitis. *Am J Surg* 1979; 137: 355-7
- Ojo O S, Udeh S C, Odesanmi W O: Review of the histopatological findings in appendices removed for acute appendicitis in Nigerians. *J R Coll Surg Edinb* 1991; 36: 245-8
- Koudelka J, Preis J, Stefan H: Chronic appendicitis in childrens. *Sb Ved Pr Lek Fak Karlovy Univerzity, Hradci Kralove* 1990; 33: 195-200
- Koudelka J, Preis J, Stefan H: Chronic appendicitis in childrens. *Cesk Pediatr* 1990; 45: 47-8
- Sack D M, Carle G, Shama S K: Recurrent acute appendicitis with erythema annulare centrifugum. *Arch Intern Med* 1984; 144: 2090-2
- Falk S, Schtze U, Guth H: Chronic recurrent appendicitis. A clinicopathologic study of 47 cases. *Eur J Pediatr Surg* 1991; 1: 277-81
- Volobueva N N, Spilevoi A I, Volobueva E N: Clinicomorphological parallels in chronic appendicitis. *Klin Khir* 1991; 2: 26-7
- Putzki H, Reichert B: Evaluating histologic findings after appendectomy. *Zentralbl Chir* 1991; 116: 261-5

21. Meiser G, Heinerman M, Boeckl O: Ultrasonic diagnosis in appendiceal perforation. *Schweiz Rundsch Med Prax* 1990; 79: 135-9
22. Bagi P, Duelhom S: Nonoperative management of the ultrasonically evaluated appendiceal mass. *Surgery* 1987; 101: 602-5
23. Bagi P, Duelhom S, Karstrup S: Percutaneous drainage of appendiceal abscess. *Dis Colon Rectum* 1987; 30: 532-5
24. Ooms H W, Koumans R K, Ho-Kang-You P J: Ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis. *Br J Surg* 1991; 78: 315-8
25. Du K H: Intraluminal catheter appendicography in diagnosis of chronic appendicitis. *Chung Hua Wai Ko Tsa Chin* 1991; 29: 424-5, 62
26. Chrom S A, Gudbjerg C E: Roentgen examination in acute or chronic appendicitis. *Acta Radiol* 1954; 41: 132-40
27. Bellina P V, Morock J: Chronic appendicitis: approach by X-ray, ultrasound, nuclear medicine. *J La State Med Soc* 1981; 133: 24-5
28. Hay J L, Flamant Y: Quantified symptomatology of acute appendicitis in adults. The signs and their value. *Rev Prat* 1992; 15: 678-87
29. González-Conde R, Aguinaga-Manzanos M V, Casas-Pinillos S: Appendicular endometriosis. Clinicopathologic study of 12 cases. *Rev Esp Enferm Dig* 1992; 81: 251-5
30. Duvie S O, Diffang C, Guirguis M N: The effects of *Schistosoma Haematobium* infestation on the vermiform appendix: The Nigerian experience. *J Trop Med Hyg* 1987; 90: 13-8
31. Lange J F, Morino M, Bismuth H: Mesenteric panniculitis of the mesoappendix. *Int Surg* 1989; 74: 201-2
32. Seidman J D, Andersen D K, Ulrich S: Recurrent abdominal pain due to chronic appendiceal disease. *South Med J* 1991; 84: 913-6
33. Lee A W, Bell R M, Griffen W O: Recurrent appendiceal pain. *Surg Gynecol Obstet* 1985; 161: 21-4
34. Hollerman J J, Bernstein M A, Kottamasu S R: Acute recurrent appendicitis with appendicolith. *Am J Emerg Med* 1988; 6: 614-7
35. Dachman A H, Nichols J B, Patrick D H: Natural history of the obstructed rabbit appendix: observations with radiography, sonography, and CT. *Am J Roentgenol* 1987; 148: 281-4
36. Sachs M, Encke A: Entero-enteral invagination of the small intestine in adults. A rare cause of "uncertain abdomen". *Langenbecks Arch Chir* 1993; 378: 288-91
37. Perri S, Amendolara M, Gallo G: Laparoscopic appendectomy in clinical practice. Aesthetic and functional advantages. *G Chir* 1993; 14: 313-9
38. Semm K: Endoscopic appendectomy. *Endoscopy* 1983; 15: 59-64
39. Devereux D A, McDermott J P, Caushaj P F: Recurrent appendicitis following laparoscopic appendectomy. *Dis Colon Rectum* 1994; 37: 719-20
40. Hoffman J, Lindhard A, Jensen H E: Appendix mass: conservative management without interval appendectomy. *Am J Surg* 1984; 148: 379-82

COMENTARIO

Edgard Matiz Sarmiento, MD.
Cirujano General-Hosp. Militar Central
Bogotá, D.C.- Colombia

Antes de emitir cualquier comentario sobre el trabajo en sí, desearía felicitar al autor por su inquietud científica y por el hecho de mantener la motivación de estudio e investigación en áreas como Cimitarra en donde quizás las condiciones para desarrollar estos trabajos no son las más adecuadas a menos que el espíritu de análisis y estudio predominen sobre otros aspectos comunes en los medios hospitalarios y rurales colombianos.

El trabajo presenta una secuencia en la cual la revisión bibliográfica permite el análisis de algunos de los aspectos más controvertidos en el diagnóstico de las "Apendicitis Crónicas y Recurrentes", y se pone en juego el autor acerca de su convicción en la cronicidad de algunos casos que por su presentación fueron considerados como procesos apendiculares a repetición, pero sin tener la certeza absoluta de su cronicidad ya que, como él mismo lo anota en su presentación, los tiempos de observación clínica de los pacientes oscilaron entre 2 y 48 horas, habiendo sido intervenidos 20/21 casos.

En el análisis individual de los casos podemos comentar que en el primero de ellos el tiempo de evolución del cuadro agudo no fue mayor de 24 horas y los hallazgos his-

tológicos, independientemente de la reacción eosinófila, son compatibles con episodio agudo.

En el segundo caso no tenemos el tiempo de evolución del episodio doloroso que motivó su consulta, asociada a fiebre y al dolor en la fosa ilíaca derecha, así como tampoco el estudio histopatológico que confirme o niegue el estado agudo o crónico del apéndice aunque el aspecto edematoso del mismo pueda dar una orientación evolutiva.

El tercer caso permite un análisis un tanto diferente puesto que se puede considerar que a pesar del tiempo de evolución, esta presentación pudo ser alterada en su fase aguda por automedicación; si esta fuera antibiótica, este hecho podría parcialmente controlar el proceso séptico localizado, más no el proceso apendicular en sí como lo demuestra la evolución en la cual se describe un proceso de bloqueo que no se sabe si es por el epliplón o por fusión con otros órganos como sucede en los plastrones apendiculares, pero que sí presenta una demostración fehaciente del proceso agudo, como son los focos de necrosis y el diagnóstico definitivo de anatomía patológica en el cual se encuentra apendicitis supurativa perforada; la fibrosis como tal con el infiltrado crónico histológicamente, podría ser compatible con el tiempo de evolución de la descripción de un proceso agudo parcialmente controlado con antibióticos.

El cuarto caso, tiene una consulta temprana de no más de 24 horas de evolución y cuadro clínico compatible con el diagnóstico de apendicitis aguda, aun con resultados de la-

boratorio normales, pero con un dato adicional, se resolvía espontáneamente antes de 12 horas de evolución desde 1 año atrás; los hallazgos macroscópicos e histológicos confirman el proceso agudo.

Es interesante entrar en esta discusión que conlleva una revisión histórica, clínica quirúrgica e histológica, puesto que nos permite hacer algunas observaciones al respecto:

1. Los cuadros clínicos que con mayor frecuencia hemos observado en nuestra práctica, asociados a lo que podríamos llamar un proceso crónico apendicular, están relacionados básicamente con los llamados **PLASTRONES APENDICULARES**, en los cuales quienes participan del bloqueo al apéndice son particularmente el ciego y el íleon terminal, los cuales prácticamente se fusionan entre sí, aislando el proceso y el cual en esas condiciones se presenta clínicamente con estado febril, moderada deshidratación y dolor abdominal acompañado de masa localizada en la fosa ilíaca derecha (FID), pero con buen estado general, persistencia de la motilidad intestinal y sin signos de peritonismo; en estas circunstancias no es oportuno el pretender efectuar la apendicectomía puesto que quirúrgicamente se dificulta su liberación y facilita el daño a estructuras adyacentes que posteriormente ocasionan fístulas y en oportunidades inducen a hemicolectomías innecesarias. Este cuadro clínico se presenta cada vez con menor frecuencia, posiblemente por la atención precoz de los pacientes en las diferentes áreas del país. Desde el punto de vista quirúrgico, se encuentran en los casos de intervención diferida después de 12 semanas, áreas de fibrosis importante del apéndice, con o sin adherencias al epiplón pero con grados moderados a severos de fijación al ciego y al íleon; histológicamente se encuentra fibrosis, infiltrado inflamatorio eosinófilo, pérdida de la mucosa apendicular, hallazgos estos que de ninguna manera se consideran como casos de apendicitis crónica sino como el resultado del bloqueo de un proceso inflamatorio apendicular, controlado en su totalidad. En muchas oportunidades lo que puede encontrarse es una persistencia del cuadro clínico febril con agudización de los síntomas abdominales, los cuales orientan la posibilidad de la abscesación del plastrón, siendo obligatorio tratarlo quirúrgicamente para su drenaje, que puede realizarse en algunas oportunidades con la ayuda de la ecografía, mediante un catéter percutáneo.
2. Los cuadros clínicos de larga data con síntomas compatibles con patología apendicular, siempre exigen descartar otras patologías inherentes al ciego, íleon terminal, vías urinarias y enfermedades pélvicas crónicas; y en nuestro medio rural y de climas templados y cálidos en los cuales las condiciones socioeconómicas de nuestra población permiten adquirir otra serie de entidades patológicas como la hiperplasia linfoide, la TBC intestinal, las actinomicosis, la amebiasis, la tricocefaliasis, la oxiuriasis y otras helmintiasis que tienen como localización preferencial al ciego. En infecciones masivas, la ascariasis, por ejemplo.
3. Es importante tener en cuenta que algunos casos con síntomas intermitentes atribuibles al apéndice cecal, pueden obedecer, especialmente en niños y adultos jóvenes, a infecciones por *Yersinia pseudotuberculosis* o por *Yersinia enterocolitica*, siendo clínicamente imposible diagnosticarlas puesto que son necesarios los cultivos de ganglios linfáticos mesentéricos y, además, presenta una característica: la desaparición relativamente rápida de los síntomas agudos, para reaparecer en forma esporádica. Los nódulos linfáticos pueden tomarse para biopsia durante el procedimiento quirúrgico en el cual se realiza la apendicectomía.
4. El comportamiento de la apendicitis y su incidencia han cambiado con el tiempo a medida que se ha dado mayor importancia a los factores que la desencadenan, a los tratamientos antiparasitarios, al control de la tuberculosis y, en una gran proporción, a la mejoría en los aspectos dietéticos y de nutrición, así como al mejor conocimiento de los problemas secundarios a la no atención precoz de estos casos.
5. Es importante tener en cuenta que el hecho de diagnosticar "Apendicitis crónicas", llevará a intervenciones innecesarias, en todo paciente en el cual el dolor sea recurrente en la FID.
6. Deseo igualmente anotar que la eosinofilia como tal, no constituye un factor definitivo de proceso apendicular crónico ya que la característica de los procesos crónicos es la infiltración por monomacrófagos y células plasmáticas primordialmente. Los hallazgos de eosinófilos se explican por las helmintiasis, los procesos subagudos en remisión y, en algunos casos, en los que existen procesos inmunológicos evidentes.