

Apendicitis aguda

Gustavo E. Beauregard-Ponce,⁽¹⁾ Yolanda Ituarte-Izquierdo,⁽¹⁾ Jorge L. Moo-Kim⁽²⁾

RESUMEN

Se realizó un estudio retrospectivo mediante la revisión de los archivos del departamento de anatomía patológica del Hospital General “Dr. Juan Graham-Casasús,” durante el periodo comprendido de diciembre de 1994 a diciembre de 1999, para conocer los resultados histopatológicos de las apéndices cecales enviadas por el servicio de cirugía general. Se revisaron 676 piezas quirúrgicas, de las cuales 378 (56%) correspondieron al sexo masculino y 298 (44%) al sexo femenino. Las edades fueron entre 11 y 95 años con promedio de 30.3 años.

De las 676 piezas quirúrgicas, 567 presentaron diagnóstico histopatológico de apendicitis aguda, con diferentes etapas de proceso inflamatorio.

De acuerdo a los resultados de este trabajo, se considera indispensable realizar estudio histopatológico del apéndice cecal para establecer la relación clínico-patológica y con ella verificar si el diagnóstico clínico establecido fue el adecuado.

Palabras claves: *Apendicitis aguda, estudio histopatológico.*

SUMMARY

A retrospective study of clinical archives at the Hospital General Dr. Juan Graham Casasús in the period from december 1944 through december 1999 reviewing the histopathological descriptions of all cases sent from the Surgery Service. A total of 676 surgical specimens, from these 378 (56%) were male, 298 (44%) were female, ages went from 11 years of age through 95 years of age with an average of 30.3 years. From 676, 576 cases were classified as acute appendicitis with varying degrees of inflammation. According to this study is mandatory an histopathological study of surgical apецimens in order to establish a correct anatomo-clinical correlation.

Palabras claves: *histopathological study, appendicitis acute.*

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice

cecal, constituye la entidad quirúrgica de urgencias más frecuente y ocupa el 1% de todas las operaciones abdominales.

La apendicitis es rara en lactantes, se hace cada vez más frecuente durante la infancia, y alcanza su máxima incidencia en el segundo y tercer decenio de la vida, luego disminuye. Sin embargo puede ocurrir durante toda la vida adulta y la ancianidad. En adolescentes y adultos jóvenes, la proporción entre varones y mujeres es de cerca de 3:2. Después de los 25 años, la incidencia es mayor en varones y disminuye gradualmente, hasta igualarse la proporción en ambos sexos.¹

El factor predominante en el desarrollo de apendicitis aguda es la obstrucción de la luz del apéndice. Aproximadamente el 60% de los casos se relacionan con hiperplasia de los folículos linfoides submucosos; el 35% con la existencia de fecalitos; el 4% con la presencia de otros cuerpos extraños, y el 1% con estenosis o tumores de la pared apendicular o del ciego. La hiperplasia linfática que conduce a obstrucción es más frecuente en niños, debido a que los folículos linfoides en el apéndice reaccionan ante diversas infecciones. La obstrucción debida a fecalito es más frecuente en adultos de mayor edad, y los tumores del apéndice, los cuales son muy raros producen obstrucción de la luz. De los tres tipos histológicos (carcinoide, adenocarcinoma, y mucocele), el más frecuente es el tumor carcinoide, que se presenta en niños y adultos jóvenes y su descubrimiento es un hallazgo quirúrgico o anatomopatológico posterior a apendicectomía.

Los fenómenos que siguen a la obstrucción determinan la fase o etapa del proceso inflamatorio del apéndice, siendo la apendicitis aguda e incipiente la primera etapa, seguida de la supurativa, la gangrenosa y por último la perforada. Clásicamente la apendicitis aguda se caracteriza por: dolor, primero periumbilical y luego localizado en la fosa iliaca derecha, náuseas, vómitos y fiebre ligera. La localización del dolor va a estar determinada por la posición anatómica del apéndice con relación al ciego.²

Aún con los avances tecnológicos actuales, el diagnóstico es netamente clínico, depende de un excelente análisis de la anamnesis y un examen físico exhaustivo, teniendo presente que la signología es hasta en un 80% clásica y el tratamiento es una inmediata intervención quirúrgica, tratando de evitar el retardo en el diagnóstico, debido a que se ha visto, que es el principal factor que provoca apendicitis

⁽¹⁾ Hospital General “Dr. Juan Graham-Casasús,” Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.

⁽²⁾ Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

complicadas.³

Es por ello que surge el interés de conocer los resultados histopatológicos de las apéndices cecales enviadas por el servicio de cirugía general al departamento de anatomía patológica del Hospital General "Dr. Juan Graham Casasús," para determinar el número de apéndices con diagnóstico de: apendicitis, apéndices sanas, apéndices con cáncer y otros.⁴

MATERIAL Y MÉTODOS

Este trabajo fue realizado en base a un estudio retrospectivo de 5 años, durante el periodo comprendido entre diciembre de 1994 a diciembre de 1999, en el Hospital General "Dr. Juan Graham Casasús." Se revisaron todos los reportes anatomopatológicos y se seleccionaron sólo los informes de pacientes apendicectomizados por el servicio de cirugía general; tomándose los siguientes datos: edad, fecha de estudio, sexo y diagnósticos histopatológicos; se estudiaron 676 piezas quirúrgicas, de las cuales 378 (56%). Fueron del sexo masculino, 298 (44%) del sexo femenino, en edades comprendidas entre los 11 y 95 años, con un promedio de edad de 30.3 años. En la mayoría de las apendicectomías, el diagnóstico previo era apendicitis aguda y en el resto de los casos alguna indicación profiláctica. Desde el punto de vista histopatológico se la realizó revisión de los casos con diagnóstico de tumor carcinóide y los compatibles con tuberculosis, para determinar la localización del tumor y confirmar el diagnóstico de tuberculosis con tinciones especiales.

RESULTADOS

De las 676 piezas estudiadas, 567 (83.9%) presentaron el diagnóstico de apendicitis aguda, 105 (15.5%) no presentaron ninguna alteración histológica, 2 (0.3%) piezas presentaron el diagnóstico de tumor carcinóide y aunque rara vez este tumor pueda iniciar un tumor de apendicitis aguda, en estas piezas si se presentó, por último 2 (0.3%) piezas presentaron granulomas compatibles con tuberculosis en la capa serosa.

Las 567 (83.9%) piezas con el diagnóstico de apendicitis aguda, presentaron el siguiente reporte: 162 (24%) con apendicitis aguda incipiente, 320 (47.3%) con apendicitis aguda purulenta, 2 (0.3%) con apendicitis aguda gangrenosa, 81 (12%) con apendicitis aguda perforada y 2 (0.3%) con apendicitis eosinofílica, que a menudo se asocia a infestación intestinal por parásitos, particularmente nematodos. De las 105 (15.5%) piezas que no presentaron alteraciones histológicas, 79 (11.7%) tenían un diagnóstico clínico previo de apendicitis y las 26 (3.8%) piezas restantes fueron extraídas profilácticamente.

De los dos tumores carcinóides observados en este estudio, uno se encontró en la punta y el otro en el cuerpo y en el extremo distal de la pieza quirúrgica, mediante los cortes histológicos se observó que uno de ellos, había infiltrado la capa muscular hasta la porción interna de la capa serosa, y el otro hasta el tejido adiposo pericecal, lo cuál indica un buen pronóstico para el paciente.

A los casos reportados como compatibles con tuberculosis, se les realizó tinción de Ziehl-Neelsen para bacilos ácido-alcohol resistentes, las cuales fueron positivas. Es importante hacer mención que la tuberculosis no es primaria del apéndice cecal, sino infiltración de una tuberculosis peritoneal, sólo se observaron granulomas tuberculosos en la capa serosa del órgano, sin infiltrar la capa muscular y la mucosa.

DISCUSIÓN

En este trabajo, el porcentaje total de enfermos con apendicitis aguda no complicada fue de 71.3% (482), cuya cifra se encuentra dentro de los rangos publicados en países desarrollados, donde el promedio oscila entre 61 a 83%,⁵ lo que representa un diagnóstico e intervención quirúrgica oportuna, ya que el retardo en su atención ocasiona complicaciones que incrementan la morbilidad, la mortalidad y la estancia hospitalaria. Además de que el retardo en el diagnóstico es el principal factor causante de apendicitis complicada.

Ante la duda diagnóstica y la posibilidad de complicación, se generan laparotomías con resultado negativo por apéndice sano, aceptables en un rango de 15 a 20%, aunque otro autor refiere un rango de 20 a 25%.⁶⁻⁸ En este hospital, el porcentaje de apéndices sanos con diagnóstico previo de apendicitis fue de 79 (11.7%), resultando por debajo de las cifras aceptadas. Esto puede garantizar una intervención quirúrgica temprana en los pacientes con apendicitis, disminuyendo su morbilidad y mortalidad; sin embargo proporciones mayores de apéndices sanos indican precipitación y obligan a revisar los criterios diagnósticos del equipo quirúrgico de un hospital, y cuando la proporción de apéndices sanos baja, se ha encontrado que la apendicitis complicada se incrementa y el diagnóstico es más aceptado pero tardío.⁸ La disyuntiva de definir el diagnóstico de la apendicitis aguda persiste en la actualidad. Algunos autores mencionan que la sintomatología es diagnóstica y que los estudios de gabinete como las radiografías no son de utilidad diagnóstica,⁹ aunque otros autores mencionan que sí se encuentran signos radiológicos en placas simples de abdomen, pero depende de la etapa del proceso inflamatorio en que se encuentre.¹⁰ Hay factores que determinan el retardo en el diagnóstico y tratamiento, como la automedicación, que enmascara el cuadro y refleja negligencia por parte del paciente para hospitalizarse.

CONCLUSIÓN

Al igual que los autores referidos, se coincide en que el retardo del diagnóstico se refiere a una falla en identificar apropiadamente y tratar la enfermedad desde la presentación inicial del paciente, por lo que se sugiere, que en todo paciente con dolor abdominal de más de 8 horas de evolución, principalmente si es pediátrico o anciano, se piense en apendicitis y se extienda su atención. Se coincide además de que con una buena anamnesis y exploración física se pueda llegar a un diagnóstico fácil si se aplican los signos semiológicos que en muchas ocasiones se omiten. De acuerdo a los resultados de este estudio, es importante hacer mención que el análisis histopatológico del apéndice cecal como de cualquier otro órgano, es indispensable que se realice para hacer la relación clínico-patológica, ya que incidentalmente puede encontrarse un tumor maligno u otra patología como causante de la apendicitis, independientemente de la edad del paciente.

REFERENCIAS

1. Pestana RA, Ariza GJ, Oviedo LI, Moreno L. Apendicitis Aguda, el diagnóstico clínico, trib med. 1997: 1996,282-26.

2. Sabiston S. Tratado de patología quirúrgica. Décimo cuarta ed. 1992-1005, interamericana McGraw-Hill, México, 1995.
3. Schwartz S. Principio de cirugía. Ga. Edición 1347-1356, interamericana McGraw-Hill, México, 1995.
4. Villalobos J. Gastroenterología. Cuarta edición; 1177-1192, Méndez editores S.A. de C.V., México, 1993.
5. Ortega LH, Vargas A, Miranda P. Complicaciones locales de la apendicitis Rev, gastroenterol, México 1994 59 (3).
6. Robbins S. Patología estructural y funcional 5ta, edición; 911-913, McGraw-Hill interamericana, México, 1996.
7. Seties S, Jiménez A, Uriarte J, Flores S, Juárez D. Tumor carcinóide del apéndice cecal. Informe de 12 casos Rev. Med, IMSS 1995;33(6).
8. Martínez FR, Gallardo R, Morales M, Pérez AG. Retardo en la hospitalización, el diagnóstico y la intervención quirúrgica de la apendicitis aguda, Rev., gastroenterol, México, 1995 60 (1).
9. McNally PR. Secretos de la gastroenterología; 392-396, McGraw-Hill Interamericana, México, 1998.
10. García D, Hernández JF. Apendicitis aguda perforada: signos radiológicos Rev, México Radiol, 1995; 49 (3).

COMISIÓN INTERINSTITUCIONAL DE BIOÉTICA DEL ESTADO DE TABASCO

En los últimos años se ha producido en el campo de la salud una serie de transformaciones que han determinado importantes cambios en los modelos sanitarios tanto a nivel macro como microasistencial. Entre ellos, el acelerado avance científico tecnológico, el surgimiento de un nuevo modelo de relación profesional de la salud y paciente. Estos eventos generan permanentemente situaciones éticamente conflictivas, en las cuales los modelos tradicionales de toma de decisión no parecen ser aplicables, a estas situaciones. Estas se han convertido en retos bioéticos que conllevan implicaciones morales, legales y técnicas; ya que detrás de cada una de ellas hay personas y está en juego la dignidad humana tanto por parte del profesional de la salud como por parte del paciente.

El 23 de octubre de 2000, se publicó en el diario oficial de la federación la instauración de la Comisión Nacional de Bioética. Y considerando la importancia la formación de dicha comisión, el 14 de septiembre del 2001 se instaura La comisión Interinstitucional del Estado de Tabasco (CIBET), y el día 19 de marzo del 2002 se oficializa su integración en el seno del COPLADET, siendo el segundo estado de la república en establecer este tipo de comités.

La CIBET se constituye como un órgano autónomo que si

bien está integrado por miembros que pertenecen a las diferentes instituciones de salud (Secretaría de Salud, IMSS, ISSSTE, ISSET; UJAT; Sanidad de Marina, SEDENA, PEMEX, CCYTET, Colegio Médico de Tabasco, Sociedad de Médicos Generales de Tabasco), es independiente para su función, de los demás órganos institucionales, sin estar por encima de ellos ni subordinada a ellos. Teniendo como objetivo ser una instancia a través de la cual se generen, previo análisis, una serie de recomendaciones acerca de problemas que surgen de la diversidad de posturas éticas en torno a la atención a la salud o a la formación de recursos humanos para la atención de la salud. Con miras a establecer una cultura bioética no solo en los profesionales de la salud, sino en la gente en general.



Fuente: Dirección de Investigación y Enseñanza, Secretaría de Salud del Estado de Tabasco.