

Apendicitis aguda

Coordinador: Dr. Fernando Romero Castillo. Jefe del Servicio 104, Hospital General de México. SSA

Dr. Alejandro Aceff González. Cirujano del Hospital Juárez, profesor coordinador de los ciclos IX y X de la Facultad de Medicina. UNAM.

Dr. Rolando Borges Rosas, Médico adscrito al servicio de Cirugía General del Hospital General, SSA, Profesor titular de Introducción a la Clínica, Facultad de Medicina, UNAM y Profesor adjunto de la Cátedra de Anatomía Quirúrgica de Posgrado, UNAM.

Dr. César Gutiérrez Samperio, Académico de Número de la Academia Mexicana de Cirugía, Jefe de Cirugía en el Hospital de Especialidades de la Raza, IMSS y Profesor del Curso de Cirugía en el mismo Hospital.

Dr. Fernando Torres Valadez, Jefe de Cirugía y Profesor de Cirugía del Hospital Central Militar. Académico de Número de la Academia Mexicana de Cirugía.

Dr. Javier Valencia del Riego. Académico Titular de la Academia Mexicana de Cirugía, Jefe de Servicio de Cirugía del Hospital Fernando Quiróz del ISSSTE y Profesor Titular de Gastroenterología, Facultad de Medicina UNAM.

Coordinador Apparently, hablar de apendicitis aguda es tratar de un tema agotado y conocido por todo el mundo. Sin embargo, cuando se profundiza un poco sobre el mismo, se lleva uno sorpresas aunque sea un padecimiento conocido "exhaustivamente" desde hace un siglo y tratado desde hace el mismo tiempo por los cirujanos; a pesar de ello, existen todavía inquietudes e incógnitas que resultan extraordinariamente interesantes.

Para empezar, ¿cuál sería la frecuencia aproximada con que se realiza alguna operación por apendicitis aguda en las instituciones en que Uds. colaboran?

Dr. Torres Sí es frecuente; ocupa el tercer lugar en el servicio de Cirugía del aparato digestivo del Hospital Central Militar. El primer lugar lo ocupa la cirugía de la pared abdominal, específicamente las plastías por hernias y el segundo la de las vías biliares.

Coordinador Dr. Valencia, ¿qué frecuencia ha observado en el ISSSTE?

Dr. Valencia Puedo decir que tiene la misma frecuencia en el servicio de Cirugía del Hospital "Fernando Quiroz" del ISSSTE. Sólo añadiré que de las operaciones de urgencia que se presentan en el hospital, sí ocupa el primer lugar.

Coordinador Dr. Borges, ¿en el Hospital

La cirugía por apendicitis es muy frecuente en nuestros hospitales; este padecimiento puede presentarse en todas las edades, pero es más común entre la segunda y la cuarta décadas de la vida y un poco más en el hombre. Entre sus antecedentes se menciona la constipación crónica. El estudio básico para el diagnóstico es el clínico y debe pensarse en apendicitis siempre que haya síndrome abdominal agudo. En el cuadro clínico existe dolor de inicio epigástrico, vómitos, fiebre y leucocitosis y en la exploración abdominal hiperestesia, hiperbaralgia, defensa muscular y dolor a la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, entre otros. El dolor es súbito, de tipo cólico que aumenta con ejercicio y disminuye con reposo.

General, podemos dividir la cirugía que se realiza en cirugía de urgencia y programada?

Dr. Borges En cirugía de urgencia efectivamente ocupa un lugar muy importante, de los primeros en cirugía de urgencia, en este hospital.

Coordinador Dr. Gutiérrez, ¿qué situación guarda la apendicitis en el Seguro Social?

Dr. Gutiérrez La apendicitis continúa siendo un problema vigente, entre el 2 y el 10 por ciento de los ingresos a un hospital general y entre la mitad y la tercera parte de las causas de abdomen agudo. Sin embargo, por las características especiales de la organización dentro del Seguro Social, este padecimiento se maneja más en las unidades periféricas; nosotros vemos las complicaciones graves de la apendicitis aguda.

Coordinador ¿Y en el Hospital Juárez?

Dr. Aceff En el Hospital Juárez, que es un Hospital General con sus cuatro grandes divisiones, el problema de apendicitis aguda representa el primer lugar en cuanto a operaciones de urgencia. Prácticamente de todos los padecimientos abdominales agudos que nos llegan, el 70 por ciento aproximadamente corresponde a apendicitis aguda. Entonces, en las guardias nocturnas principalmente y también en las mañanas, lo que más se operan son cuadros de este padecimiento.

Coordinador Vemos pues, como el problema de la intervención quirúrgica por apendicitis aguda es de primera magnitud en todos los hospitales en donde nosotros trabajamos, ocupando los primeros lugares en frecuencia. Yo quisiera saber, Dr. Gutiérrez, si según usted predomina en alguna edad la apendicitis aguda.

Dr. Gutiérrez Más que predominio en una edad, yo quisiera hacer mención de las dificultades especiales en persona de edad avanzada.

Coordinador Eso lo analizaremos posteriormente; yo quiero preguntar su opinión sobre

el predominio en cuanto a edad.

Dr. Gutiérrez Considero que es entre la segunda y cuarta década de la vida cuando es más frecuente.

Coordinador ¿Hay alguna otra idea al respecto, de los demás compañeros?

Dr. Borges Es un padecimiento que puede presentarse desde el recién nacido hasta el paciente de edad avanzada. Sin embargo, es predominante en la adolescencia y en el adulto joven; en un momento determinado la edad más productiva, la más sana, generalmente puede verse afectada precisamente por un cuadro apendicular agudo.

Coordinador Dr. Valencia, ¿qué impresión tiene, predomina en algún sexo o es similar en ambos?

Dr. Valencia Sin estadísticas disponibles, pienso que lo mismo afecta al sexo masculino que al femenino.

Coordinador Dr. Aceff, ¿cuál es su opinión?

Dr. Aceff En el Hospital Juárez hicimos un estudio de tipo estadístico en cuanto al problema de apendicitis aguda; como ya se ha dicho, de la segunda a la cuarta década fue más frecuente y además encontramos que, aún cuando no en un porcentaje muy elevado, sí es más frecuente el problema en el sexo masculino.

Coordinador Entonces la conclusión a la que llegamos es que aparentemente no hay predominio muy importante por algún sexo, aún cuando puede haberlo muy débil en el sexo masculino. Dr. Torres, ¿ha observado algún antecedente de importancia en relación con la presentación de apendicitis aguda?

Dr. Torres En los adultos que atiendo, no he encontrado habitualmente ningún antecedente relacionado con apendicitis, quizá en los niños puede haber el de una infección en otra área de la economía. En algunas ocasiones el enfermo puede tener el antecedente de una amibiasis de colon y en un momento dado eso puede crear una apendicitis de origen amibia-

no; quizá en algunas otras ocasiones el enfermo tenga una infección sistémica y eso favorezca la localización del proceso en el apéndice; pero yo no creo que exista frecuentemente un antecedente definido para pensar en una relación de causa a efecto.

Coordinador Dr. Gutiérrez, ¿ha observado algún antecedente?

Dr. Gutiérrez Yo creo que un aspecto importante tal vez serían los hábitos intestinales; estudios minuciosos y encaminados al aspecto de la dieta, muestran que los enfermos con apendicitis generalmente son constipados crónicos y tienen una dieta con bajo residuo; claro que en nuestro medio hay pocos estudios estadísticos que lo demuestren en forma numérica. Sin embargo, hace dos años, en un estudio que hicimos en el hospital a raíz de un curso de actualización en Gastroenterología, encontramos que más del 60 por ciento de los enfermos con apendicitis tenían el antecedente antes mencionado.

Coordinador Muy interesante esta observación, Dr. Gutiérrez. Obtenemos la conclusión de que habitualmente no se demuestra en el estudio clínico un antecedente de importancia; quizá en la gente joven una infección faríngea pudiera ser importante, así como el dato que aporta el Dr. Gutiérrez, en el sentido que sean gentes constipadas crónicas con dietas de bajo residuo.

Dr. Valencia, ¿qué considera que comprende a su juicio el estudio básico para el diagnóstico de apendicitis aguda?

Dr. Valencia El estudio básico es el clínico. No hay hasta el momento actual ningún estudio que lo sustituya. Entonces, el análisis del cuadro clínico es muy importante para hacer el diagnóstico de apendicitis aguda, sobre todo en ciertos grupos de edad, en los cuales la sintomatología y la semiología no son tan floridas ni tan típicas como se describen en los textos. Lo primero que debemos hacer es pensar en apendicitis ante un síndrome abdominal agudo. Para poder llegar al diagnóstico de cualquier entidad patológica y particularmente en apendicitis aguda, hay que pensar en ella; conocerla para poderla diagnosticar.

Coordinador Aún cuando recientemente hemos podido escuchar que algunos médicos muy especializados opinan que la clínica ha pasado a la historia, que actualmente muchos

diagnósticos se hacen con otros medios, nosotros seguimos pensando que para la apendicitis aguda el estudio clínico es básico. Dr. Valencia ¿quiere agregar algo?

Dr. Valencia Sí, quiero agregar que no sólo en apendicitis aguda sino en cualquier padecimiento, de cualquier origen, en cualquier territorio, la clínica es insustituible y pienso que lo será por mucho tiempo.

Coordinador Dr. Gutiérrez, ¿cuáles son los síntomas dominantes que ha observado en sus pacientes con apendicitis aguda?

Dr. Gutiérrez Creo que continúa siendo el cuadro clínico que nos enseñaron en la escuela nuestros maestros, el clásico dolor de iniciación en epigastrio que después se irradia a la fosa ilíaca derecha, asociado a náuseas, vómitos, fiebre, leucocitosis y los signos físicos en la exploración abdominal, con hiperestesia, hiperbaralgia, defensa muscular, dolor en la palpación profunda en cuadrante inferior derecho, y dolor a la descompresión brusca cuando ya hay participación peritoneal y desde luego los datos que el tacto rectal y el vaginal nos indiquen patología inflamatoria en fosa ilíaca derecha. Ojalá que todos los pacientes tuvieran este cuadro clínico. Sin embargo, hay un buen número de enfermos que tienen una presentación atípica, que son los que representan problema.

Coordinador Dr. Gutiérrez, creo que ha hecho un resumen muy adecuado del cuadro clínico. Siento que a veces el médico se deja influir mucho por el sitio y tipo de dolor de sus pacientes. Dr. Aceff, ¿qué tipo y qué localización del dolor considera que presenta el enfermo apendicular?, ¿o tiene varios tipos?

Dr. Aceff El paciente que tiene apendicitis aguda presenta dolor inicialmente cólico, leve, localizado, como ya habían mencionado, en mesogastrio o en epigastrio; después se irradia o incluso se traslada a fosa ilíaca derecha. Esto sucede a los pacientes con un cuadro clásico, pero hay otros pacientes que empiezan con dolor agudo, cólico de gran intensidad, localizado desde un principio en fosa ilíaca derecha. Estos son los cuadros que a veces nos hacen pensar en otros diagnósticos. O bien, los casos de apendicitis retrocecal en que incluso llega a pensar uno en un problema urinario porque empiezan en la pared posterior del abdomen e irradiados hacia adelante, flanco y fosa ilíaca derecha. Al hacer el estudio semiológico de ese dolor considero que es

Cuadro 1. Frecuencia de la apendicitis aguda en relación con sexo y edad.

E d a d (años)	S e x o		T o t a l	%
	masc.	fem.		
1 a 10	3	1	4	4.54
11 a 20	13	25	38	43.18
21 a 30	20	10	30	34.09
31 a 40	4	3	7	7.94
41 a 50	4	2	6	6.81
51 a 60	0	1	1	1.13
61 a 70	0	2	2	2.27
TOTAL	44 (50%)	44 (50%)	88	

Hospital General de México, SSA, Dr. F.R.E.

muy importante anotar desde su fecha de inicio, generalmente el mismo día o poco antes; su forma de presentación, habitualmente súbita; el tipo de dolor que ya sabemos es cólico; su localización e irradiaciones; los factores que lo aumentan, como el ejercicio físico; o lo disminuyen, por ejemplo, el reposo físico y digestivo; las fenómenos que lo acompañan, náuseas, vómitos, fiebre, etc., observamos como el dolor puede tener características diferentes, pero en cuanto uno se habitúa a interrogarlo adecuadamente, muchas veces en el 60 ó 70 por ciento de los casos se llega al diagnóstico correcto.

El cuadro clínico descrito hace 100 años sigue siendo válido, pero, desafortunadamente, al ser tratado "medicamente" el enfermo se vuelve atípico y estos enfermos suelen desarrollar complicaciones graves. El estudio de laboratorio básico para el diagnóstico es la biometría hemática por revelar leucocitosis, neutrofilia y bandas; el examen de orina sirve para diagnóstico diferencial. La placa simple de abdomen da datos útiles, pero no se indica rutinariamente. Para diagnóstico diferencial hay que tomar en cuenta los procesos que llevan a peritonitis:

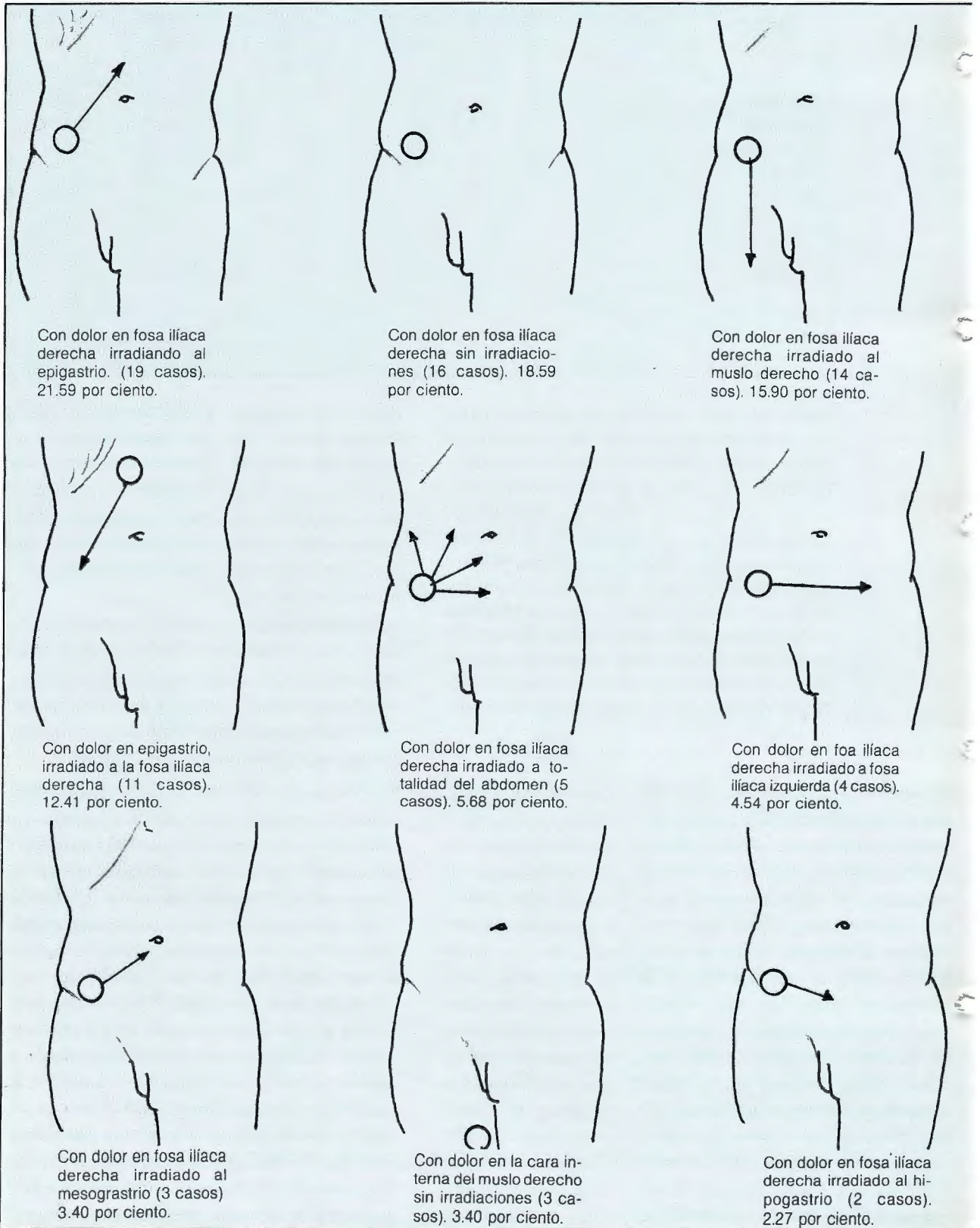
Coordinador Si, efectivamente, en el Hospital General de México hicimos un estudio sobre el sitio y las irradiaciones del dolor en casos de apendicitis comprobados histológicamente *a posteriori*; encontramos que estas características variaban en forma importante. El Dr. Gutiérrez mencionaba el dolor epigástrico, en fosa ilíaca

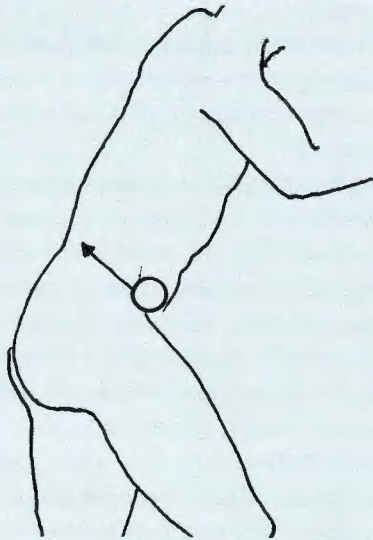
derecha, en la región lumbar derecha, en la fosa ilíaca izquierda, en la región lumbar izquierda, y en hipocondrio derecho. Creo que esto es un buen mensaje

que podemos dejar a nuestros médicos lectores, en el sentido de que el dolor a veces puede ser, como ya se ha dicho aquí, típico y llevarnos al diagnóstico fácilmente; sin embargo, en otras ocasiones totalmente atípico y esto crear confusiones. ¿Su opinión, Dr. Valencia?

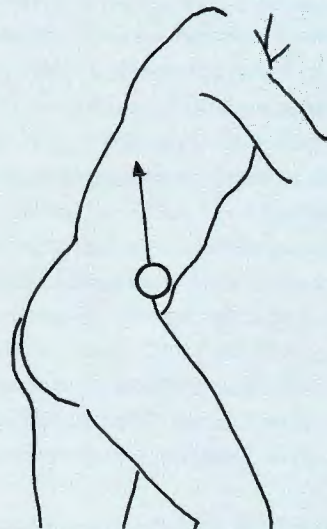
Dr. Valencia Ya el Dr. Gutiérrez había mencionado que sigue siendo válido el cuadro clínico que se conoce desde hace 100 años como apendicitis aguda, pero debemos tomar en cuenta que con bastante frecuencia, desafortunadamente, el enfermo ha sido tratado "medicamente" con lo que se enmascara el cuadro y lo hace atípico. Son los casos en los cuales realmente hay dificultad para el diagnóstico porque la acción farmacológica de los medicamentos ha hecho variar la sintomatología y oscurecer los signos físicos. Son los enfermos que frecuentemente van a desarrollar cuadros severos con complicaciones graves que ponen en peligro la vida, precisamente por el uso indiscriminado de medicamentos que no deben emplearse en este caso mientras no se tenga el

Cuadro 2. Sitios e irradiaciones estudiados en el dolor por apendicitis aguda.

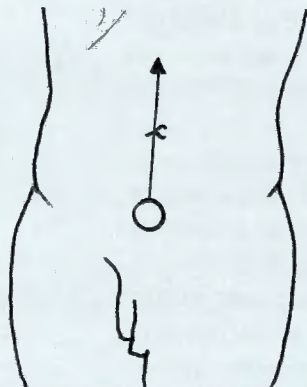




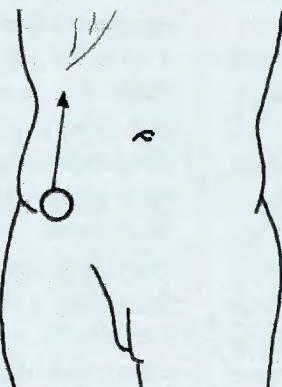
Con dolor en fosa ilíaca derecha irradiado a región lumbar derecha (2 casos). 2.27 por ciento.



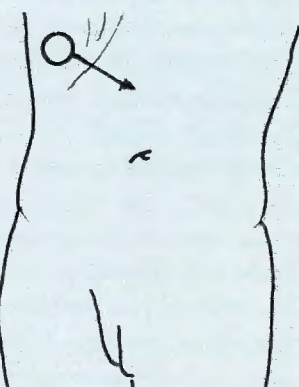
Con dolor en fosa ilíaca derecha irradiado a la región escapular derecha (2 casos). 2.27 por ciento.



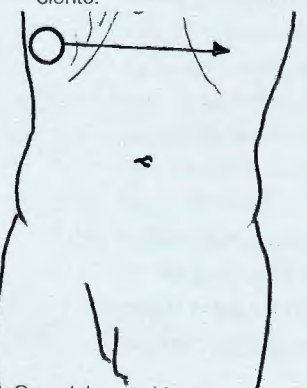
Con dolor en hipogastrio irradiado al epigastrio (2 casos). 2.27 por ciento.



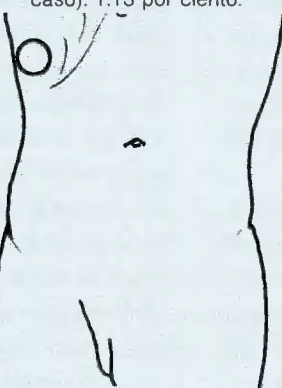
Con dolor en fosa ilíaca derecha irradiado al hipocondrio derecho (1 caso). 1.13 por ciento.



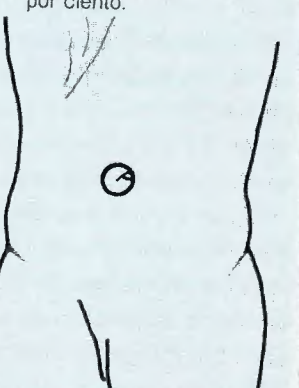
Con dolor en hipocondrio derecho irradiado al epigastrio (1 caso). 1.13 por ciento.



Con dolor en hipocondrio derecho irradiado al hipocondrio izquierdo (1 caso). 1.13 por ciento.



Con dolor en hipocondrio derecho sin irradiaciones (1 caso). 1.13 por ciento.



Con dolor en Región umbilical, sin irradiaciones (1 caso). 1.13 por ciento.

diagnóstico preciso.

Coordinador Dr. Torres, ¿quiere añadir algo al respecto?

Dr. Torres A mí me interesa insistir en las características del dolor que tiene el enfermo con apendicitis; indudablemente al principio puede tener dolor visceral localizado en la línea media del abdomen, de tipo cólico, que posteriormente se desplaza hacia el lado derecho. En ese momento el dolor característico de la apendicitis aguda es de tipo referido por irritación peritoneal, con localización precisa en el cuadrante inferior derecho. El paciente tiene conciencia del sitio de su área enferma, la delimita con la mano y el dolor que se relaciona con varias posiciones. Creo que el dolor es importante para el diagnóstico de apendicitis.

Coordinador En fin, ya habiendo estudiado a nuestro enfermo clínicamente en forma íntegra, y analizando todas las características que hemos mencionado, vienen los estudios de gabinete. Quisiera preguntar al Dr. Borges, ¿qué estudios de laboratorio y de gabinete considera básicos para el diagnóstico de la apendicitis aguda?

Dr. Borges La biometría hemática es uno de los estudios que más nos pueden auxiliar como estudio de laboratorio para basar un diagnóstico de apendicitis aguda; la existencia de leucocitosis, con predominio de neutrófilos y también la presencia de bandas, son los datos que en un momento determinado nos apoyan para afirmar que existe un proceso apendicular agudo, desde luego, tomando muy en cuenta el aspecto clínico de nuestros pacientes. Otros estudios como el examen general de orina, son muy útiles para establecer el diagnóstico diferencial y el estado general del paciente. La placa simple radiológica ha sido útil en el diagnóstico de apendicitis.

Puede ser útil cuando tiene algunos datos positivos, por ejemplo, una mayor densidad en el cuadrante inferior derecho del abdomen, escoliosis antiálgica de concavidad dirigida hacia región apendicular, la pérdida de la visibilidad del psoas ilíaco derecho, la presencia de niveles hidroaéreos; ninguno de éstos es definitivo, sólo son complementarios, orientadores en un momento determinado.

Coordinador Dr. Gutiérrez, ¿está de acuerdo con lo dicho por el Dr. Borges o hay algunos otros datos de placa simple que le hayan sido útiles?

Dr. Gutiérrez La placa simple de abdomen la indicamos sólo cuando no tenemos el diagnóstico preciso con los datos clínicos de laboratorio.

Coordinador ¿No la indica habitualmente?

Dr. Gutiérrez No de rutina; en algunos casos sí puede ser muy útil, además de los datos radiológicos ya mencionados; en ocasiones, se pueden observar burbujas aéreas fuera del tracto digestivo o datos de íleo segmentario en el cuadrante inferior derecho, lo que ya nos orienta al posible origen de la patología.

Coordinador Concluimos que se requiere un buen estudio clínico hecho juiciosamente por el cirujano; ésto nos hace comentar que este especialista debe ser primero clínico, un médico que hace cirugía. Después del estudio clínico, la biometría hemática que señaló el Dr. Borges prácticamente comprueba o no el diagnóstico; la placa simple añade algunos datos útiles. Dr. Aceff, ¿quisiera mencionar algún otro estudio de gabinete?

Dr. Aceff Considero que sí es muy importante lo que han dicho de que la clínica hace el diagnóstico; estoy totalmente de acuerdo y que si uno no tiene a la mano medios como laboratorio o gabinete, incluso puede decidir con base a su juicio clínico la intervención quirúrgica. Pero considero que existe una serie mínima de estudios a los que se debe someter el paciente antes de ser intervenido quirúrgicamente. Sería la biometría hemática completa; determinación de glucosa, urea y creatinina en sangre. Después deberemos hacer el diagnóstico diferencial con problemas de ceoacidosis o de hiperglicemias o de diabetes mal controladas. Tiempo de protrombina para conocer el estado de coagulación del paciente; el general de orina para descartar la posibilidad de infección urinaria. La placa simple de abdomen considero que sí debe siempre realizarse para buscar los datos radiológicos que ya se mencionaron.

Coordinador Supongamos que hemos hecho ya el diagnóstico. Sin embargo, a veces, y creo que nos ha sucedido en muchas ocasiones, te-

Cuadro 3. Valores de leucocitos y porcentajes de neutrófilos

Leucocitos por ml	Porcentaje	Neutrófilos por %	Porcentaje
10 a 15,000	58.62%	70 a 80	60.37%
15 a 20,000	18.59%	80 a 90	39.63%
20 a 30,000	3.40%		
Más de 30,000	5.08%		

nemos que establecer el diagnóstico diferencial con otros padecimientos; creo que en mi caso, el Dr. Valencia me operó hace tres años, y tuvo que establecer el diagnóstico diferencial porque el cuadro clínico no era muy claro; ¿con qué otros padecimientos es necesario establecer el diagnóstico diferencial?

Dr. Valencia Para el clínico desafortunadamente el dolor abdominal es un síntoma, un común denominador de muchos padecimientos, no solamente dentro de la cavidad abdominal sino retroperitoneales; entonces todas las entidades nosológicas abdominales y retroperitoneales son susceptibles de dar dolor y ésto en ocasiones dificulta el diagnóstico, por que hay que pensar en una multitud de padecimientos digestivos y extradigestivos que pueden cursar con dolor. Yo podría decir, en términos generales, que todos los procesos inflamatorios que irritan al peritoneo deben ser tomados en cuenta por el clínico para poder hacer el diagnóstico diferencial: Perforación intestinal, o mejor dicho de vísceras huecas, pancreatitis, problemas ginecológicos inflamatorios. En la mujer es muy importante descartar la patología ginecológica, especialmente en cuanto a los anexos del lado derecho, puesto que es el sitio en donde se presta a confusión el diagnóstico diferencial, así como procesos urológicos como lo ha dicho el Dr.

Aceff. Inclusive no solamente padecimientos abdominales, sino extra-abdominales, sistémicos como se dice ahora, aunque no me agrada el término, inclusive acidosis diabética, padecimientos neurológicos como compresiones radicales y tabes dorsal. Es decir, hay una infinidad de padecimientos en los cuales debe pensar el médico para el diagnóstico diferencial; inclusive hasta padecimientos tóxicos, diéramos como en las mordeduras por arácnidos que pueden simular un síndrome abdominal agudo y particularmente la apendicitis aguda que es el tema que estamos tratando ahora. De ahí la importancia del estudio clínico integral del enfermo, porque de todos ellos tenemos datos clínicos tanto de interrogatorio como de exploración física para llegar al diagnóstico, incluyendo el herpes que es un padecimiento dermatológico y neurológico, que muchas veces puede simular muy bien una apendicitis aguda.

Coordinador Bien, ya puntualizamos que con un correcto estudio clínico, con la biometría hemática, con la placa simple de abdomen y con los demás estudios que se han señalado, habríamos hecho el diagnóstico de apendicitis y establecido el diferencial. Hay algo, Dr. Torres, que a mí me ha inquietado y creo que a usted le sucederá lo mismo: el tiempo de evolución que tiene el paciente cuando llega a no-

sotros. ¿Considera que esto tiene algo de importancia para el pronóstico?

Dr. Torres Sí, indudablemente que sí; si uno recuerda que la apendicitis evoluciona por etapas: una inicial de inflamación simple, una segunda de inflamación y alteraciones importantes de la pared, la tercera en que se perfora el apéndice y la cuarta en que existe absceso o peritonitis, todo esto en función de la evolución en tiempo del padecimiento. Esto implica que el pronóstico en etapas iniciales desde el punto de vista de curación, es adecuado; en cambio, en la etapa cuarta en la que existe ya absceso apendicular o peritonitis, el pronóstico es más serio, sobre todo en ancianos la mortalidad es muy elevada.

Coordinador Así es; si se deja evolucionar al paciente sin un tratamiento adecuado, aumenta importantemente el riesgo. Creo que este es un mensaje muy importante para los médicos que nos lean; que una apendicitis no debe dejarse evolucionar sin tratamiento. Recuerdo un aforismo que aprendí en mis años de estudiante: "apendicitis que se diagnostica de día, no debe ver la noche y apendicitis que se diagnostica de noche, no debe ver el día". Creo que es una buena regla que los médicos deben recordar para que, si han diagnosticado apendicitis aguda, no se vayan a dormir tranquilamente para operar al paciente al día siguiente, esto agrava su pronóstico mientras más pasa el tiempo. Dr. Gutiérrez, ¿quiere añadir algo a este respecto?

Dr. Gutiérrez Estoy de acuerdo con lo que se ha mencionado; hay relación directa entre el tiempo transcurrido desde el momento en que se hace el diagnóstico de apendicitis y aquél en que se lleva a cabo la intervención quirúrgica; las complicaciones post-operatorias aumentarán al transcurrir el tiempo, llámese infección de la pared, absceso residual, oclusión intestinal, etc.; de la misma forma, también hay una relación directa entre el tiempo transcurrido desde el momento en que se realiza el diagnóstico y cuando se efectúa la intervención quirúrgica y el tiempo de hospitalización.

Coordinador De acuerdo, es evidente que el médico tiene la obligación de atender al enfermo apendicular a la mayor brevedad posible. Dr. Valencia, ¿quiere añadir algo al respecto?

Dr. Valencia Hay que insistir también en el antecedente de la administración de fármacos; antes del diagnóstico efectivo no debe indicarse el uso tan generalizado de antibióticos y de analgésicos en este tipo de pacientes, si no se tiene la seguridad del diagnóstico, porque esto alarga el tiempo de evolución y hace que todo lo que ha dicho el Dr. Gutiérrez sea factible en estos enfermos.

Coordinador Dr. Borges, ¿desea añadir algo más?

Dr. Borges Sí, señalar el hecho importante con respecto al tiempo que pasa desde la instalación de este padecimiento al momento en que se presentan los pacientes. Un grupo importante lo hace dentro de las dos primeras horas; otro alrededor de las 24 y algunos después de las 48 ó más horas. Esto también es muy importante, porque ya no dependerá entonces del médico que le atienda al paciente este problema, puesto que ya han pasado las horas suficientes para que se agrave, ya sea por falta de una adecuada orientación o porque el propio enfermo no concurre a atenderse de su padecimiento.

Coordinador Esto que ha mencionado el Dr. Borges, quienes trabajamos en cierto tipo de hospitales lo vemos con relativa frecuencia; pacientes que por su situación económica-social no vienen, no concurren a que se les atienda sino pasados muchos días, lo cual evidentemente agrava mucho el pronóstico. Esto mejorará si se logra en México una mayor educación médica de la población, usando los grandes servicios masivos de difusión; creo que esos medios deberían utilizarse para mejorar la educación médica de nuestro pueblo y disminuirían este tipo de casos, que llegan con apendicitis de varios días de evolución. Dr. Aceff, ¿quiere mencionar algo al respecto?

Dr. Aceff Esto lo observamos en el Hospital Juárez; el médico de primer contacto, el que atendió por primera ocasión a ese paciente, muchas veces no diagnóstico apendicitis e inició un tratamiento inadecuado a base de analgésicos y de antibióticos; ésta es una de las causas por las cuales hay muchas complicaciones; si a esto le añadimos la falta de educación médica del paciente, se genera una situación difícil, porque vamos a tener en nuestros hos-

Cuadro 4. Relación entre tiempo de evolución preoperatoria y hospitalización

Tiempo de evolución	Número	Perforado		Tiempo de hospitalización
		abscedado	No perforado	
12 hrs.	18	1	17	2.3 días
1 día	24	4	20	3.9 días
2 días	21	9	12	4.0 días
3 días	12	5	7	6.4 días
4 días	7	4	3	6.6 días
más de 4 días	15	12	3	10.2 días

Hospital de Especialidades "La Raza", IMSS. Dr. C.G.S.

pitales muchas camas ocupadas por pacientes que tienen complicaciones post-apendicectomía muy graves, por lo que llegan hasta la muerte.

La presencia de un plastrón en fosa iliaca derecha nos hace pensar en absceso apendicular. Es poco importante la diferenciación entre plastrón y absceso, ya que el manejo es quirúrgico. En el anciano es más difícil diagnosticar apendicitis aguda, pero orienta el dolor a la descompresión, la anorexia, vómitos, distensión abdominal y constipación. El tratamiento de la apendicitis aguda es siempre quirúrgico, salvo el mejorar el estado general del paciente con antibióticos y soluciones electrolíticas. En caso de duda diagnóstica es preferible hacer una laparotomía exploratoria. En el preoperatorio de apendicitis complicada, los antibióticos usuales son clindamicina, clorantfenicol, amplicilina y metronidazol. En el postoperatorio la evolución del cuadro apendicular indicará el manejo antibiótico del caso.

signológicos que busquemos; cuando hacemos una palpación nos damos cuenta de la existencia de un plastrón, localizado en la fosa iliaca derecha y que está formado fundamentalmente por epiplón, las asas intestinales vecinas, el

peritoneo, el ciego; que todos estos órganos se adhieren para establecer un límite al proceso inflamatorio probablemente con perforación del apéndice y con la formación de un material purulento en ese sitio.

Coordinador Dr. Gutiérrez, en relación con lo que nos ha dicho el Dr. Borges, hay algunas personas que piensan que hay una diferencia entre el plastrón en que solamente hay proceso adherencial de las vísceras por la situación inflamatoria y la formación ya propiamente de un absceso, es decir, una cavidad con material purulento en su interior; si está de acuerdo en que hay esta diferencia, ¿considera que se puede clínicamente o por medios de laboratorio y gabinete establecer el diagnóstico diferencial entre simple plastrón o absceso, o no existe tal diferencia?

Dr. Gutiérrez Creo que la apendicitis es un padecimiento que tiene grados, desde las fases iniciales en las que hay únicamente edema del apéndice a las más avanzadas en las que hay isquemia, necrosis o perforación. Hablaríamos de plastrón cuando por los mecanismos de defensa del organismo, las vísceras específicamente se van a aglutinar alrededor de un proceso infeccioso sin que exista propiamente en ella una cavidad abscedada o líquido purulento libre; en cambio, en una etapa más avanzada, cuando ya hay perforación, esta da lugar a una colección purulenta localizada por los mecanismos de defensa, pues de otra manera se daría lugar a una peritonitis generalizada. El diferenciar si es un plastrón o es un absceso desde el punto de vista clínico, para que ésto guíe nuestra conducta, tendría poca

importancia porque en los dos casos se tiene que intervenir quirúrgicamente.

Coordinador Entonces, en realidad no podemos establecer clínicamente una diferenciación muy clara entre un simple plastrón y un absceso.

Dr. Torres Quisiera insistir que en algunas ocasiones la presencia del absceso se manifiesta por repercusión sistemática; el enfermo manifiesta fiebre importante, taquicardia e hipotensión, y aumenta la leucocitosis. El plastrón puede manifestarse como una verdadera masa, que se puede también palpar por tacto rectal o vaginal. En la placa simple, en ocasiones se puede notar el absceso, cuando existe un componente gaseoso, entonces creó yo que en algunas ocasiones entre un plastrón y un absceso apendicular, sí podemos sospechar la diferencia. Estoy de acuerdo en lo que dice el Dr. Gutiérrez, que muchas veces no tiene importancia pensar si es absceso o plastrón; la solución va a ser una cirugía oportuna.

Coordinador La conclusión a la que llegaríamos es que si habitualmente no es fácil establecer el diagnóstico diferencial entre plastrón y absceso, algunos datos que ya señaló el Dr. Torres sí nos pueden hacer sospechar que ya se formó un absceso y no estamos en la fase de plastrón. Dr. Aceff, ¿quiere mencionar algo?

Dr. Aceff Sí, sólo quiero agregar un dato desde el punto de vista clínico; en un paciente que ya tenga más de 36 horas de evolución debemos sospechar la posibilidad de la formación de un absceso periapendicular, agregado ésto a los datos que ya se mencionaron.

Coordinador Dr. Valencia, nos decía que hay dificultades para diagnosticar apendicitis aguda en el paciente anciano; yo estoy de acuerdo con usted en ésto: ¿quisiera decirnos qué datos le han orientado en algún momento dado para pensar en apendicitis en el paciente anciano?

Dr. Valencia Tendría que repetir lo que dije al principio; es decir, ante cualquier padecimiento que evolucione con dolor abdominal habrá que pensar, como una posibilidad, en el diagnóstico de apendicitis aguda, aún cuando las manifestaciones clínicas no sean tan aparentes, graves y completas como las que se han descrito hasta este momento, sobre todo

en las fases iniciales. Muchas veces los enfermos de edad avanzada llegan a nosotros precisamente no con la sintomatología de la apendicitis aguda, sino con la de alguna complicación de este padecimiento. Concretando, en las etapas iniciales el dolor abdominal, en el sujeto de edad avanzada, debe orientarnos al diagnóstico diferencial con apendicitis aguda, para intervenir en el tiempo adecuado.

Coordinador Como que el anciano tiende a ocultar un poco el cuadro; aparentemente en el paciente anciano es menos claro, menos preciso el de abdomen agudo y como que uno tiene que buscar algunos signos; a mí en lo particular me ha sido muy útil el del dolor a la descompresión, para sospechar un problema peritoneal, en particular apendicitis aguda. Dr. Torres, ¿quiere añadir algún otro dato?

Dr. Torres Sí, es interesante lo que se ha mencionado respecto a la dificultad que ocasiona el hacer el diagnóstico diferencial en los ancianos; pero con los años que tenemos de verla en estos enfermos, hemos aprendido que existen algunos hechos que hacen pensar en esa posibilidad; el paciente de edad avanzada deja de comer, tiene náuseas, vómitos, distensión abdominal, que puede ser moderada o exagerada, y refiere que no evacúa; o en algunas ocasiones también que tampoco puede orinar.

Coordinador Bien, hasta aquí consideramos que hemos llenado el aspecto de diagnóstico de apendicitis aguda, una primera etapa básica para la correcta atención de estos pacientes. Vamos a entrar a la fase del tratamiento, a veces un poco sorpresiva en algunos de sus aspectos. Ahora vamos a preguntarle al Dr. Borges, ¿considera que el tratamiento de la apendicitis aguda es médico o quirúrgico?

Dr. Borges Considero que el tratamiento de la apendicitis aguda es definitivamente quirúrgico.

Coordinador ¿Siempre, en todos los casos?

Dr. Borges Sí, siempre debemos eliminar el órgano que está ocasionando el problema, y no hay otra manera de resolverlo.

Coordinador Claro, es una premisa básica que debemos dejar asentada, el tratamiento de la apendicitis es quirúrgico. Sin embargo, hay algunos tipos de apendicitis, por eso men-

Cuadro 5. Relación entre tiempos de evolución preoperatoria y complicaciones posoperatorias

Tiempo de evolución	Número	Infección de pared	Absceso residual	Ileo Prolongado
12 hrs.	18	1	—	—
1 día	24	2	—	—
2 días	21	4	1	2
3 días	12	3	1	2
4 días	7	3	2	2
más de 4 días	15	8	3	5

Hospital de Especialidades "La Raza", IMSS. Dr. C.G.S.

ciónabamos e insistíamos mucho en el plastrón y en el absceso, en el que algún grupo de cirujanos aconseja tratamiento médico previo al tratamiento quirúrgico. Dr. Gutiérrez, ¿qué opinión tiene al respecto?

Dr. Gutiérrez Algunos enfermos de este tipo, sí los hemos manejado médicamente cuando son referidos en forma tardía, es decir ya no se trata sólo del cuadro de apendicitis aguda inicial sino que el enfermo posiblemente tuvo una perforación o un absceso que está bien localizado; en este caso, el mejorar las condiciones generales del paciente, el instituir tratamiento con antimicrobianos para que en un segundo momento proceder al drenaje y de ser posible a la extirpación del apéndice. Menciono esto porque muchas veces únicamente encontramos restos del apéndice.

Coordinador ¿Y de los pacientes con plastrón qué opinan ustedes? Porque han mencionado únicamente al absceso, con plastrón, ¿le harían tratamiento médico previo a la cirugía? No me estoy refiriendo nada más a corregir los trastornos hidroelectrolíticos y el estado general del paciente; no, yo me refiero a instituir un tratamiento médico *per se* para el plastrón apendicular, puesto que así lo señalan algunos autores.

Dr. Gutiérrez El tratamiento médico sería pre-operatorio únicamente, es decir, ya hecho el diagnóstico de apendicitis aguda y decidida la intervención quirúrgica, se debe iniciar el tratamiento médico con antibióticos, con soluciones electrolíticas; será válido inclusive en

algunos casos administrar algún analgésico, pero una vez que ya se decidió la intervención quirúrgica.

Coordinador Entonces, el Dr. Gutiérrez opina que el tratamiento médico sólo tiene indicación como tratamiento pre-operatorio, pero que la operación es imperativa, tal como lo había dicho el Dr. Borges. Sin embargo, insisto, hay un grupo de médicos que han publicado sus experiencias, no despreciables, sobre el tratamiento médico de los plastrones apendiculares, diciendo que este tratamiento a base de antibióticos, analgésicos, líquidos, mejora el cuadro y que posteriormente puede ser operado el paciente en mejores condiciones, con los órganos menos adheridos; y aplicar estas medidas, no sólo como pre-operativo sino como manejo de la apendicitis aguda y posteriormente cuando ya se enfría el plastrón, cuando ya el proceso no es agudo, hacen la apendicectomía. Dr. Torres, ¿qué opina al respecto?

Dr. Torres No, no tengo experiencia respecto a un tratamiento médico como usted dice *per se* de la apendicitis; lo que ha sucedido es que en alguna ocasión llega un paciente que tiene ya 15 ó 20 días con un cuadro apendicular, ya lo trataron con antibióticos y que tiene un modesto plastrón, pues de todos modos lo operamos.

Coordinador Dr. Borges, ¿qué opinión tiene sobre esa idea? ¿Recuerda que hace algún tiempo uno de nuestros compañeros cirujanos, estuvo insistiendo mucho en que se hiciera ese

tratamiento médico de la apendicitis aguda en la fase de plastrón o absceso bien localizado? ¿Cuál es su opinión?

Dr. Borges No, definitivamente no entra dentro de mi manera de pensar con respecto al tratamiento de la apendicitis, puesto que la experiencia que tengo es que la evolución es impredecible en un momento determinado; fundamentalmente, recordando un importante número de casos en que existe obstrucción del apéndice ya sea por un fecalito o por estenosis, la evolución en un momento determinado puede conducir a un absceso, a un plastrón o a que evolucione en horas a una peritonitis generalizada aguda, que va a acabar con nuestro paciente, o que va a tener por lo menos una serie de complicaciones muy importantes.

Coordinador No, estos médicos que mencioné se refieren a casos perfectamente seleccionados, de procesos localizados, en que no haya peritonitis aguda ni estamos en la fase de apendicitis edematosa; no, son ya plastrones e incluso abscesos perfectamente localizados claro, pequeños, en que han hecho tratamiento médico y ellos logran que el proceso se enfríe y posteriormente, a la semana, a las dos semanas, a las tres semanas, operan.

Dr. Borges No, no estoy de acuerdo.

Coordinador Dr. Gutiérrez, ¿cuál es su opinión?

Dr. Gutiérrez Definitivamente el criterio quirúrgico es lo que me guía a mí siempre; en un paciente que encuentro con apendicitis aguda, aún cuando haya sido tratado médicamente, la indicación es quirúrgica; llevarlo a cirugía, apendicectomía, drenaje del absceso, etc.

Dr. Valencia Yo creo que es peligroso mencionar en una mesa de profesores el tratamiento médico de la apendicitis aguda, es decir, no sólo no estoy de acuerdo, sino que hasta me parece peligroso, porque puede interpretarse de otra manera; el tratamiento de la apendicitis aguda es quirúrgico en el 100 por ciento de los casos.

Coordinador Bien, pues creo que todas las personas que participamos en esta mesa de discusión coordinada estamos totalmente de acuerdo en un punto de vista: el enfermo con apendicitis aguda debe ser intervenido en todas las condiciones en que se presente. Apen-

dicitis edematosa, plastrón apendicular, absceso apendicular, peritonitis generalizada, sea cualquiera la situación del enfermo, nuestra opinión, y la queremos dejar perfectamente clara; es que el tratamiento es siempre quirúrgico.

Dr. Valencia Quiero agregar otro concepto que sigue siendo válido en el momento actual, sin que ésto se tome como exageración; creo que ante la duda es válido hacer una laparotomía para explorar el abdomen y es preferible en determinados casos equivocarse y no tener una sorpresa muy desagradable por contemporizar con una apendicitis aguda. Repito, ésto también puede ser muy peligroso. Yo criticaría muchísimo más a un médico que tuviera el diagnóstico de apendicitis aguda y no operara al enfermo, a un médico que puede equivocarse y hacer diagnóstico de apendicitis aguda cuando el enfermo no la tiene.

Coordinador Sí, definitivamente; si el paciente tiene diagnóstico de apendicitis aguda, debe ser intervenido; sí se puede ocupar cierto tiempo en mejorar sus condiciones generales, hidratarlo, etc., pero el paciente debe ser intervenido. Y ahora una pregunta al Dr. Gutiérrez, ya hecho el diagnóstico y decidida la intervención quirúrgica, ¿se indican antibióticos en la etapa pre-operatoria? y si así es, ¿cuáles?

Dr. Gutiérrez Aquí tal vez tendríamos que volver a mencionar el concepto de antibióticos profilácticos; si se ha establecido el diagnóstico de apendicitis aguda, y pensamos que está perforado y que hay un absceso, el administrar antibióticos desde el preoperatorio no sería profiláctico sino sería la iniciación de un tratamiento. Aquí pues tendríamos que administrar antibióticos que nos cubran gérmenes gram negativos principalmente, *Proteus*, coliformes, *Pseudomonas* y si sabemos que hay una perforación, o también va a haber anerobios, por lo que en algún caso estarían indicados antibióticos del tipo de la clindamicina o cloranfenicol.

Coordinador Entonces sí utiliza antibióticos preoperatoriamente, fundamentalmente clindamicina o cloranfenicol.

Dr. Gutiérrez Fundamentalmente en los casos en que ya pensamos que hay una perfora-

ción apendicular; en enfermos en que vemos que es una apendicitis en fases iniciales podría prescindirse de los antibióticos.

Coordinador Dr. Torres, ¿utiliza antibióticos preoperatoriamente?

Dr. Torres Sí, ya hecho el diagnóstico y decidida la intervención, si tengo la suerte de que un enfermo que me llega a consultar con unas dos o tres horas de evolución y que se está definiendo un cuadro apendicular, probablemente lo intervenga e incluso no use antibióticos en el postoperatorio; desgraciadamente la mayoría de los enfermos que atiendo ya tienen doce o veinticuatro horas de evolución y estoy de acuerdo en lo que dice el Dr. Gutiérrez, los antibióticos ya están formando parte del tratamiento en relación a la cirugía.

Coordinador Dr. Borges, ¿prescribe antibióticos?

Dr. Borges Sí, efectivamente, una vez hecho el diagnóstico y señaladas las bases que dió el Dr. Gutiérrez con respecto a la utilización de los antibióticos; pero agrego una cosa más que últimamente estamos aplicando, que es el metronidazol intravenoso.

Coordinador ¿Con qué finalidad?

Dr. Borges Fundamentalmente para anaerobios y claro, recordemos también que el ciego es sitio muy importante de *habitat* de la amiba; entonces en un momento determinado también pensamos en esto.

Coordinador Dr. Aceff, ¿usa antibióticos ya establecido el diagnóstico?

Dr. Aceff Ya habiendo establecido el diagnóstico de apendicitis aguda, si no está complicada, no; si no existe la idea de que haya perforación de la misma o bien si no sospecho que haya absceso, definitivamente no uso antibióticos en el preoperatorio. Si existe ya desde el punto de vista clínico la idea diagnóstica de un absceso periapendicular, entonces sí, en el preoperatorio y por supuesto que en el transoperatorio. ¿Qué antibióticos? En el Hospital Juárez contra anaerobios usamos el metronidazol y también cubrimos con ampicilina.

Coordinador Dr. Valencia, ¿utiliza habitualmente antibióticos en la etapa preoperatoria?

Dr. Valencia Sí, pero no para tratamiento del absceso sino para evitar las complicaciones de la sepsis cuyo punto de partida puede ser el

apendice. El único tratamiento del absceso es la debridación no hay otra manera de curarlo.

Coordinador Estamos hablando en general de apendicitis aguda.

Dr. Valencia Estoy hablando precisamente del absceso apendicular, es decir, yo empleo los antibióticos porque es excepcional que los enfermos lleguen en los primeros momentos del padecimiento. Es más, hasta es difícil diagnosticar la apendicitis cuando se inicia. Generalmente nos llegan los enfermos con mucho tiempo de evolución. Sí uso los antibióticos, pero con objeto de prevenir las complicaciones.

Coordinador ¿Si le llega el paciente a las pocas horas le aplica antibióticos?

Dr. Valencia Bueno, yo sí se los aplico

Coordinador Quizá el mensaje que podamos dejar establecido es que la gran mayoría de nosotros sí usamos antibióticos “de rutina” con nuestros pacientes cuando ya hemos diagnosticado apendicitis aguda. Sólomente el Dr. Aceff, si la apendicitis no está complicada, habitualmente no usa antibióticos. Bien, ya hemos hecho el tratamiento preoperatorio de nuestro paciente, ¿qué normas sigue, Dr. Torres, para el uso de antibióticos en el postoperatorio? ¿Continúa con los mismos antibióticos que inició en el preoperatorio? ¿Los datos quirúrgicos le dan alguna orientación para variar sus antibióticos, o espera algún otro dato para cambiar? ¿Cómo los maneja en el postoperatorio?

Dr. Torres Obviamente, esto está en función de la evolución del cuadro apendicular; es decir, si el paciente tiene apendicitis de tipo catarral, uso ampicilina en el preoperatorio y continúo con la misma uno dos días más. Si la apendicitis ya tiene otras alteraciones más graves como son necrosis o nats fibrinopurulentas, probablemente también tome producto para cultivo y me orientaré en funciones del resultado. Si el enfermo tiene perforación y un absceso, también tendré que tomar muestra para cultivo de la zona abscedada; pero en general yo creo que lo que se ha mencionado es lo que sigo manejando, ampicilina, quizá clo-ranfenicol, metronidazol y en ocasiones la gentamicina.

En una apendicitis no complicada se puede usar la incisión de Mc Burney o en caso de abdomen agudo una vertical, que es fácil de ampliar o también la de Rocky Davis, transversal. El muñón apendicular se trata según la naturaleza del proceso inflamatorio, la alteración de la pared y la evolución del caso. Se utiliza la jareta clásica, previa ligadura de la base, o bien, ligadura de la base e invaginación con puntos de Lembert. En cuanto al material de sutura, catgut crómico y para el surjete, seda atraumática; otros cirujanos utilizan catgut simple dos ceros. se usa canalización al exterior cuando existe líquido purulento, natas de fibrina o necrosis. Si hay peritonitis generalizada se lava con 20 a 30 litros de solución fisiológica y entonces se puede dejar canalización o no.

mente la incisión más adecuada sea la de Mc Burney que es la que nos da un abordaje más directo sobre el proceso patológico. Sin embargo, cuando se está hablando en términos generales de un abdomen agudo, preferimos preconizar que se hagan incisiones verticales, que en un momento dado son más fáciles de ampliar.

Coordinador ¿Cuáles de las verticales le gustaría?

Dr. Gutiérrez Una paramedia.

Coordinador Dr. Borges, ¿cuál usa, cuál prefiere?

Dr. Borges Me gusta la incisión de Mc Burney una vez que tengo el diagnóstico definido y estoy seguro, hasta donde es posible estarlo, que se trata de una apendicitis aguda no complicada y el diagnóstico se consigue en las primeras horas. Pero además por otra cosa, porque en un momento determinado puedo ampliarla, hacia arriba o hacia abajo. Cuando existe alguna dificultad en cuanto al diagnóstico, entonces sí son las verticales definitivamente las que prefiero y de las verticales, la paramedia.

Coordinador Vamos a entrar ya de lleno al tratamiento quirúrgico, pongamos por ejemplo que estamos ante una apendicitis no complicada, de tipo catarral. Yo quisiera saber cuál es la predilección en cuanto a la incisión quirúrgica. Dr. Gutiérrez, ¿qué incisión usa habitualmente cuando no está complicada la apendicitis?

Dr. Gutiérrez En una apendicitis no complicada y cuando tenemos suficientes datos para hablar de "certeza diagnóstica", pues posiblemente

Coordinador Dr. Torres, ¿qué incisión emplea?

Dr. Torres Estoy de acuerdo en lo que han mencionado los doctores Borges y Gutiérrez.

Coordinador Dr. Valencia, ¿qué incisión le gusta?

Dr. Valencia Yo siempre uso la vertical, es decir yo ya olvidé la incisión de Mc Burney; tiene las ventajas que aquí se han mencionado de que puede ampliarse fácilmente para hacer una exploración más amplia y el tratamiento de algunas otras lesiones que puede haber uno confundido con apendicitis aguda, ya que en algunos casos así sucede. Yo uso siempre la vertical.

Coordinador ¿Qué tipo de vertical?

Dr. Valencia La paramediana derecha.

Coordinador Queremos establecer la diferencia entre la pararectal que está fuera del borde lateral del músculo recto y la paramediana que está por dentro del borde medial del mismo. Estamos preconizando esta última Dr. Aceff, ¿cuáles usa?

Dr. Aceff Si tengo certeza diagnóstica de apendicitis, Mc Burney o la de Rocky Davis.

Coordinador ¿Cuál es esta última? ¿Quiere describirla?

Dr. Aceff La Rocky Davis, es una incisión transversal con rechazamiento del músculo recto hacia adentro; se llega fácilmente al órgano afectado que es el apéndice. Esta incisión es muy estética y muchas veces queda cubierta incluso por el vello pubiano. En mujeres es muy útil, desde luego cuando tengo el diagnóstico bien establecido; claro, que si no es así prefiero la paramediana derecha en hombres, y en mujeres una media infraumbilical umbilicopubiana.

Coordinador La conclusión a la que llegamos es que en problema apendicular no complicado y con cierto grado de certeza diagnóstica, una operación de Mc Burney es buena. Yo en lo personal he estado usando una incisión ligeramente más trasversal y más baja. No rechazo el músculo recto hacia dentro como menciona el Dr. Aceff, sino que dilacero también las fibras de los músculos laterales en la misma forma que en la técnica de Mc Burney. De hecho es similar a ésta, solamente que casi horizontal, menos oblicua y por tanto más

Cuadro 6. Resultados histopatológicos en casos diagnosticados como apendicitis aguda

Apendicitis aguda no perforada	466	69.86%
Apendicitis aguda perforada	139	20.83%
Apéndice ileocecal normal	59	8.84%
Parásitos en el interior del apéndice	9	1.34%
Apendicitis amibiana	6	0.89%
Carcinoide apendicular	1	0.14%

Hospital de Especialidades "La Raza", IMSS. Dr. C.G.S.

estética. Sin embargo, debo aceptar que cuando alguna vez he tenido que prolongarla, he afrontado ciertas dificultades para hacerlo. También pienso que ante la menor duda, cuando el problema no sea tan fácil, lo mejor es hacer una vertical, de las cuales yo prefiero la paramediana. Bien, vamos a suponer que estamos realizando una operación en la que es factible extirpar el apéndice vermicular. Dr. Torres, ¿cómo trata habitualmente el muñón apendicular?

Dr. Torres Depende de las características de la alteración de la pared, del proceso inflamatorio y de su evolución en algunas ocasiones es fácil usar una jareta clásica, previa ligadura en la base. Algunas ocasiones utilizo la ligadura de la base y después invagino el muñón con puntos de Lembert.

Coordinador ¿Con qué material liga la base del apéndice?

Dr. Torres Con catgut crómico

Coordinador ¿Y el surjete?

Dr. Torres En bolsa de tabaco con seda atraumática.

Coordinador Dr. Borges, ¿cómo trata el muñón apendicular?

Dr. Borges Lo ligo con catgut simple, dos cerros, hago jareta con atraumático del mismo número y luego lo refuerzo con un punto de Lembert en "8".

Coordinador Es similar a como lo hace el Dr. Torres sólo que con distinto material. Dr. Gutiérrez, ¿cómo trata el muñón apendicular?

Dr. Gutiérrez La ligadura del muñón apendicular tiene como principal función el evitar sangrado postoperatorio ya que aunque hayamos ligado la arteria apendicular, en ocasiones existe una rama de la cólica que es la que nos da el sangrado postoperatorio. Si ligamos

con material inabsorbible estamos formando una cavidad cerrada entre la ligadura del muñón apendicular y la jareta. Por eso yo también ligo con catgut simple que se va a desprender más pronto, invagino el muñón con catgut crómico, generalmente de dos cerros. Sin embargo, en algunos casos cuando llega un apéndice eritematoso con fibrina, el ciego está engrosado y hay un importante proceso inflamatorio, la invaginación del muñón apendicular es difícil y en esos caso es preferible dejar la ligadura libre.

Coordinador Dr. Aceff, ¿cuál es su técnica para el muñón apendicular?

Dr. Aceff Antes de realizar el tratamiento del muñón apendicular me aseguro de haber hecho una adecuada hemostasia; yo nunca ligo el muñón apendicular, siempre trato de hacer una jareta invaginante y después dar un punto en zeta. Si puedo fijarla al apéndice epiploico, se lo coloco o si no lo dejo así, pero no lo ligo.

Coordinador ¿Quiere darnos las razones de por qué no liga la base apendicular?

Dr. Aceff No lo ligo porque es dejar un espacio cerrado entre la ligadura y la jareta que estoy aplicando, lo que en algunas ocasiones ha ocasionado la formación de una pequeña colección purulenta, estallamiento y fístula muy molesta.

Coordinador ¿Esa complicación le ha sucedido a algún paciente atendido por usted?

Dr. Aceff Ha ocurrido en pacientes que yo he atendido, y probablemente la causa haya sido esa. Al Hospital Juárez llegan muchos pacientes complicados, operados en otros lugares, particulares o institucionales. Algunos nos llegan con materiales inabsorbibles; a otros les han aplicado catgut dos cerros o incluso usan dexon, que tarda más tiempo todavía en reab-

sorberse; en ese pequeño espacio que queda en ese sitio es lo que ocasiona, cuando menos en teoría, un absceso que luego se fistuliza. Claro está que tienen mucho que ver las manos del cirujano y el estado de la pared del ciego.

Coordinador Dr. Valencia, ¿cómo trata el muñón apendicular?

Dr. Valencia Yo tampoco lo ligo; lo invagino cuando es posible. Claro, hay veces que no es posible esto y entonces sí lo tengo que ligar; lo invagino con catgut atraumático dos o tres cerros, crómico, con dos jaretas o con una jareta y dos planos con puntos de Lembert.

Coordinador Yo en lo personal actúo en forma similar al Dr. Borges y al Dr. Gutiérrez. Ligo la base del apéndice con catgut simple delgado de dos o tres cerros con la esperanza de que se elimine con cierta rapidez e invagino también en bolsa de tabaco, usando catgut atraumático del mismo número. Tengo la sensación que no queda una cavidad excesivamente grande entre ambos, el punto y la sutura, no creo que quede más amplia de lo que queda entre dos capas de sutura en una anastomosis intestinal o una gástrica; yo creo que es más seguro dejar ligada la base apendicular para evitar una hemorragia; en alguna ocasión tuve la sospecha de que el paciente había sangrado importantemente de un muñón no ligado y por eso es que yo lo ligo. Claro, cada quien actúa como le va en la feria, si aquí lo sometiéramos a votación, somos seis personas, 2 no ligan la base, 4 sí la ligamos. Yo creo que las dos técnicas son buenas siempre y cuando el cirujano las haga en forma escrupulosa y cuidadosa, que quede perfectamente bien invaginado el muñón en personas que no lo ligan y quede perfectamente bien ligado y bien invaginado en las personas que sí lo hacen.

Dr. Torres Quiero insistir que a veces se vienen arrastrando algunos conceptos de tipo anecdótico; yo nunca he visto un absceso postquirúrgico que se pueda pensar que se debe a una ligadura del muñón apendicular complicada con invaginación; pero sí he visto enfermos graves con hemorragia postoperatoria por sangrado de la arteria de la pared del apéndice y eso es más serio que un pequeño absceso.

Coordinador Falta la opinión del Dr. Gutiérrez.

Dr. Gutiérrez Aquí se tendría que mencionar un aspecto técnico; si no se hace una identificación adecuada hasta la base del apéndice, entonces se está dejando un fragmento residual del apéndice, y es cuando existe la posibilidad de que se forme un absceso; pero si se lleva a cabo una técnica quirúrgica correcta y una buena disección y se hace la ligadura con material que se va a eliminar pronto, se evita el problema de una hemorragia postoperatoria y por otra parte, la eliminación temprana de esta ligadura con catgut simple evitará la formación de una cavidad cerrada, la que, repito, se formaría cuando no se ha seguido un técnica depurada y se ha dejado un fragmento del apéndice vermicular bastante largo.

Coordinador Dr. Borges, ¿quiere añadir algo?

Dr. Borges Recalcar lo que acaba de decir el Dr. Gutiérrez con respecto a la disección hasta la base del apéndice, porque si se deja un muñón importante, no sólo en el postoperatorio inmediato puede tener repercusiones sino que puede dar un cuadro ulterior de apendicitis aguda.

Coordinador Dr. Gutiérrez, ¿en qué casos usa canalización al exterior?

Dr. Gutiérrez Se usa canalización cuando hay algo que canalizar o algo que drenar, es decir, si es una apendicitis en fase catarral, edematosa o únicamente existe líquido de trasudado, después de una buena limpieza se podrá prescindir de la canalización. En cambio, cuando ya hay necrosis, natas de fibrina, o líquido purulento libre, pues entonces sí es preferible drenar el abdomen dejando una canalización en la parte con más declive.

Coordinador Es decir, se canaliza en los casos de absceso, ¿y en los de peritonitis generalizada?

Dr. Gutiérrez Ese yo creo que es otro problema diferente y que tiene implicaciones distintas. Hay discusión en cuanto a si en una peritonitis generalizada o basta con hacer una limpieza exhaustiva, usando 20 ó 30 litros de solución fisiológica, y optar por no dejar canalización, o bien efectuar diferentes tipos de canalización.

Coordinador ¿Y usted qué prefiere?

Dr. Gutiérrez Yo sigo drenando las peritonitis.

Coordinador ¿Aunque haya lavado abundantemente?

Dr. Gutiérrez Aún en este caso, yo sigo usando este procedimiento.

Coordinador Dr. Borges, ¿drena los abscesos apendiculares?

Dr. Borges Siempre los dreño.

Coordinador ¿Y las peritonitis?

Dr. Borges Después de un lavado exhaustivo como señaló, de 30 ó más litros de suero fisiológico, nunca las dreño.

Coordinador Dr. Torres, ¿usted qué hace?

Dr. Torres Soy más exagerado, cuando hay peritonitis no nada más lavo así como dice el Dr. Gutiérrez con muchos litros, sino que también dejo irrigación peritoneal postoperatoria.

Coordinador Bueno, entonces hay tres conductas. Con absceso, todos estamos de acuerdo en que hay que drenar. En peritonitis generalizada es cuando entran las diferencias de criterio: quien lava exhaustivamente y canaliza, quien lo hace sin canalizar y por último quien además hace lavado peritoneal postoperatorio. Dr. Aceff, ¿usted cómo actúa?

Dr. Aceff En el caso de que exista exudado fibrino purulento que yo no pude retirar con el lavado, cualquiera que sea la situación, si veo que dejo un material que de todas maneras no se va a reabsorber y nos va a formar probablemente colección, siempre dejo drenaje.

Coordinador ¿En peritonitis generalizada se dreña?

Dr. Aceff Si no encuentro datos que me indiquen que hay algún exudado fibrino purulento, me basta con haber lavado perfectamente bien. Pero esos son caso raros, casi siempre tengo la sospecha y termino dejando canalizaciones.

Coordinador Dr. Valencia, ¿usted cómo maneja este aspecto de las canalizaciones?

Dr. Valencia Yo, en una apendicitis que no

ha dado reacción peritoneal de las que se han mencionado, no canalizo; cuando hay absceso, canalizo y en las peritonitis generalizadas todavía sigó canalizando.

Dr. Torres Yo comenté que a veces exagero, porque he visto abscesos subfrénicos izquierdos y derechos en enfermos que tienen antecedente de un cuadro apendicular y a quienes no canalizaron; esa es la realidad. Son de las pocas veces en que he conocido la entidad clínica de abscesos subfrénicos, izquierdo o derecho.

Dr. Valencia No ignoramos la tendencia actual de una escuela a no canalizar; pero yo insisto en que esto está dirigido fundamentalmente a médicos jóvenes y si vamos a considerar qué sería más grave, el no canalizar una peritonitis y que el enfermo evolucionara bien o el canalizar una peritonitis y que también evolucionara bien; yo criticaría al que no canalizó en contra del que canalizó; espero que esto quede claro. Quizá mañana o pasado se pudiera unificar el criterio y tener datos precisos para canalizar o no canalizar, en determinados circunstancias, pero en el momento actual yo creo que ante la duda, la canalización es un procedimiento estúpido.

Coordinador Estoy de acuerdo, pero no me he convencido de los peligros que se le atribuyen a la canalización, por más que se me dice que los gérmenes penetran al través de la misma, que actúa como cuerpo extraño, etc. Creo que se corre mucho más riesgo si no se canaliza aún en peritonitis generalizada, que el que puede hipotéticamente existir por una canalización; en alguna ocasión me arrepentí de no canalizar. Nunca que yo recuerde, he observado una complicación que se pueda atribuir a la canalización.

