

Apendicitis Aguda. Su evolución en la Historia

César Blanco Rengel *

RESUMEN

La apendicitis aguda está presente desde la aparición del hombre. En las momias egipcias hay estigmas de su presencia. Prácticamente desconocida hasta la segunda mitad del siglo XIX cuando se hablaba de Tiflitis y Peritiflitis. Tres norteamericanos: Reginald Fitz, internista y patólogo del Massachusetts General Hospital (Boston); Charles McBurney (Roosevelt's Hospital (Nueva York) y John Murphy (Chicago's Cook County), ambos cirujanos, son los padres del diagnóstico y del tratamiento operatorio. Europa esperó varias décadas para aceptar la apendicectomía en forma regular. El término *Apandicitis* es debido a Fitz. “El punto, el signo y la incisión” a McBurney y la “Triada de Murphy” tienen hoy plena vigencia. Se hace una revisión histórica puntualizando un coherente manejo en el diagnóstico y cirugía antes de perforarse, lo que lleva a una Morbimortalidad muy baja. Se hace una investigación sobre el Salmo Bíblico 50, el “*Miserere Mei*” y su relación con esta patología y otros abdómenes agudos quirúrgicos.

Palabras Clave: Apandicitis. Reginald Fitz. Charles Mc. Burney. John Murphy. Cólico Miserere. Cirugía. Historia. Evolución

SUMMARY

Appendicitis was present in the earth since arrive of men. Egiptian's mummys showed stigmas of this disease. Unknown before middle of XIX century and nomínate then as Typhlitis and Perythiplitis. Three northamericans' doctors: Reginald Fitz, physician and pathologist of Massachusetts General Hospital (Boston); Charles Mc Burney (Roosevelt's Hospital, New York) and John B Murphy (Cook County Hospital, Chicago), both surgeons, were parents of the diagnosis and operative treatment. Europe wait for many decades to accept appendectomy to resolve this problem. The name of Apandicitis was created for Fitz. “The point, the sign and the incision” for Mc Burney and the “triad” for Murphy. This paper revised historically this disease and its management since then until update. A main point is the early diagnosis before perforation and peritonitis to obtain a low morthality and morbidity. Is made a investigation of biblic psalm No. 50: “Miserere mei” and its relationship with acute apandicitis and others acute abdomen.

Keywords: Apandicitis. Reginald Fitz. Charles Mc Burney. John Murphy. Cólico Miserere. Cirugía. Historia. Evolución

“La cirugía es una actividad intervencionista basada en conocimiento, gobernada por el razonamiento y ejecutada con compasión y perfeccionismo. De su práctica, con tales características, deriva el cirujano satisfacción y felicidad, concebidas éstas como una condición anímica consonante con el ejercicio de la virtud humana, y ésta, según el precepto aristotélico, como la excelencia del alma. La cirugía es una actividad en busca del bien y gobernada por la razón. Combina conocimiento con acción, que se fundamenta en destreza, en forma tal vez más integral que ninguna otra actividad médica. Produce satisfacción a quien la practica, y también felicidad, entendida en el sentido Aristotélico como el ejercicio intelectual dentro del marco de la perfecta virtud, que es la excelencia en su aplicación y ejecución.”

José Félix Patiño

Lecciones de Cirugía. Edit. Médica Panamericana. Bogotá, 2001

* Médico Cirujano UCV, Promoción 1963. Individuo de Número de la SVHM, Sillón XXXVII. Hospital General del Oeste. Invitado de Cortesía Academia Nacional de Medicina. Trabajo de Ascenso a Profesor Titular de la Escuela Luis Razetti de la UCV.
Correo ceblanco1@hotmail.com Recibido Agosto 25, 2016

DEDICATORIA

A mis queridos nietos **Miguel Ángel** y **Alejandra Sofía** con todo cariño
A **César** y **Astrid**, a **Miguel** y **Betsys** por darnos esos maravillosos nietos
A **Lídice Patricia**, compañera por tantos años
A **Oscar** y **María** quienes siguen vivos en el recuerdo
A la bisabuela **Luisa**, abuelas **Ana Luisa** y **Ana Teresa**. A las tías-abuelas: **Bárbara**, **Sara**, **Aminta** y **Nieves Antonia** y a los tíos **Carlos** y **Numa Pompilio**, por la dulzura de sus maneras
A **Trina**, **Ana**, **Andrés Eloy** y **Dulce**: hermanos siempre (A **Oscar**, quien se fue primero)
A **Ivor**, **Diana**, **Pedro** y **Luisa**, también hermanos
A los Estudiantes de Medicina para que les sea útil en su ejercicio profesional
A todos los pacientes, motivación principal de nuestro ejercicio médico-quirúrgico

RECONOCIMIENTO

A la Trinidad Suprema y a la Virgencita Madre por ser nuestros guías en todo momento y permitirnos servir
A nuestros Maestros quienes nos dieron los instrumentos y nos enseñaron el camino
A los compañeros de la Promoción Bicentenario de Estudios Médicos, por todo el estímulo que me han dado con su ejemplo
Al Lic. José Esteban Arvelo, Jefe del Centro de Información y Divulgación del Hospital General del Oeste Dr. José Gregorio Hernández, por su valiosa ayuda en la obtención de la bibliografía y en la organización fotográfica

Introducción e historia:

La historia de la apendicitis aguda es de mucho interés y de una gran enseñanza. En toda la vida humana está presente. Personas no médicas ya señalaban en el pasado esta pequeña víscera, rudimento de intestino. Este fragmento, restos, rudimento o como queramos nombrarlo, ha tenido un comportamiento muy particular en la vida humana, al sufrir cambios infecciosos-inflamatorios, siendo responsable de un gran número de muertes a lo largo de la historia de la humanidad. En algunas momias egipcias se han encontrado signos, estigmas, de lo que muy probablemente fueron secuelas de procesos inflamatorios importantes del abdomen inferior, “del hipogastrio derecho”, como ha sido llamado por algunos historiadores médicos.

Se considera a la apendicectomía uno de los mayores adelantos en salud pública en los últimos 150 años. Se le llamó en la antigüedad “*mal del vientre*.” Es la operación de urgencia que se practica con más frecuencia en la actualidad en el mundo. Se le ha considerado una enfermedad de los jóvenes ya que el 40 % se presenta en personas entre 10 a 29 años. Se estima que un 7 % de todas las personas tienen una extirpación quirúrgica del apéndice en algún momento de su vida. Hay cifras que arrojan 10 intervenciones quirúrgicas por cada 10.000 pacientes con mayor presentación entre la segunda a cuarta década, con una edad promedio de 31,3 años y una edad mediana de 22 años, con ligero predominio en la relación hombre-mujer: 1,2-1,3: 1.

En 1492, ese gran genio de nuestra civilización occidental, Leonardo Da Vinci hizo la primera descripción e ilustración del apéndice, llamándolo “orecchio” (oreja en italiano), para señalarlo como apéndice auricular del ciego (Fig 1) aunque esto solo fue publicado en el siglo XIX (1) En 1521, otro italiano, Giacomo Berengario Da Carpí, médico anatomista de Bologna, hace su primera descripción anatómica. En 1543, Andreas Vesalius realiza el primer dibujo de un apéndice normal. Lo hace público en su maravillosa obra: *De Humani Corporis Fábrica* (Fig 2) En 1544, Jean François Fernel realiza la primera publicación de una probable apendicitis perforada. En 1561, Vidus Vidius lo bautiza con el nombre de “apéndice vermiforme.” En 1735: encontramos la publicación de Claudius Amyand fundador del Hospital Saint George’s, en Londres (2) En ella se expone la realización de la primera apendicectomía en un ser humano vivo: un niño de 11 años con una hernia inguino-escrotal de larga data. C. Amyand hizo una incisión escrotal encontrando un apéndice perforado por un alfiler dentro del saco herniario. Encontró además una fístula fecal con un orificio externo en el muslo derecho. Extirpó el apéndice, el epiplón mayor y abrió la fístula. Hubo recuperación total del púber.

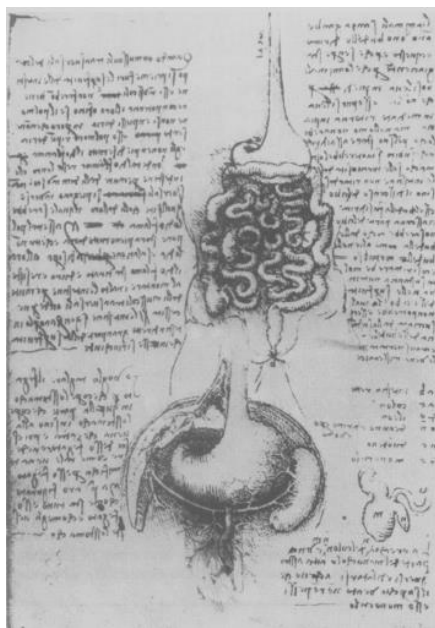


Fig 1. Dibujo de Leonardo Da Vinci (1492)
Con permiso de Wiliams & Walkins Co.

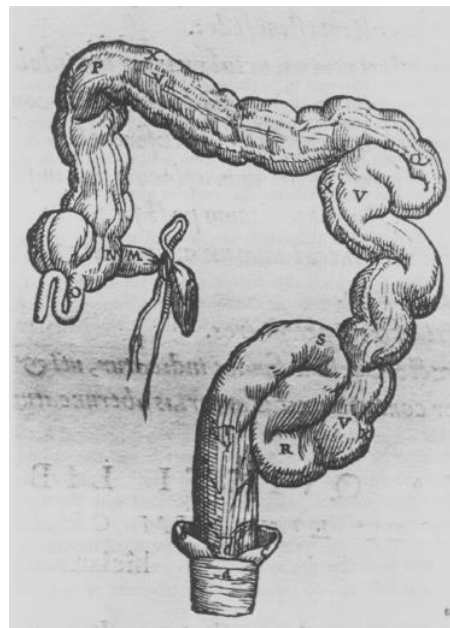


Fig 2. Dibujo de Andreas Vesalius (1543)
Cortesía de Univ. of Oklahoma Library

En 1824, Louyer Villermay demuestra en las autopsias practicadas a dos jóvenes un apéndice gangrenado y los presenta en la Royal Academy of Medicine en París. Estos motivan al Internista François Melier quien describe luego 6 pacientes autopsiados con hallazgos compatibles con apendicitis, uno de ellos con la sospecha del proceso inflamatorio antes de su muerte. Melier prácticamente llega a sugerir la remoción del apéndice en 1827 (3) La publicación de este médico prácticamente fue ignorada por mucho tiempo debido a la influencia del Barón **Guillaume Dupuytren** quien era el cirujano principal de París (fig 3) Se ha hablado de una confrontación entre estos dos personajes.

Lo que es cierto es que el mencionado Barón quien tenía un gran peso científico en su época no reconoció en ningún momento que el problema inflamatorio del cuadrante inferior derecho del abdomen fuera responsabilidad del apéndice y se siguió manejando el criterio de que estos se debían al ciego o a sus estructuras vecinas. Dupuytren fue un personaje muy particular (3) Nació en 1777 y su crecimiento siguió a la revolución francesa siendo muy precaria su situación económica. Dícese que por varios meses cuando estudiaba en la Escuela Médica de París vivió de “pan y queso.” Tenía un carácter muy inestable, arrogante, con problemas de relación con sus colegas y pacientes. En 1815 fue Jefe de Cirugía del Hospital Dieu de París y su fama de cirujano y profesor fue incuestionable. Él llegó a decir: *“Yo he tenido errores, pero mucho menos que otros cirujanos”* Llegó a ser cirujano del Papa y su título nobiliario le fue concedido por Luis XVIII, después de haber tratado en forma no exitosa a Duc de Berry, quien tuvo una herida por arma blanca en el tórax por un asaltante.



Fig 3. Barón Guillaume Dupuytren
Promotor de la conducta médica. Cortesía de Yale Medical History Library

En 1838: Stokes, de Dublín introduce el uso de grandes dosis de opio para el tratamiento de los problemas inflamatorios del abdomen y este va a ser el tratamiento estándar por más de 50 años. La acción del opio consistía en su acción antiperistáltica, analgésica y *“de localizar el proceso inflamatorio.”* Después se vio que el principal beneficio era el *“de proporcionar una muerte confortable.”* (2)

En este período comprendido entre 1830 a 1840 aparecieron las publicaciones de Goldbeck y Albers, las cuales aumentaron la confusión y controversia hacia las “tiflitis y peritiflitis,” con estos nombres se denominaban las inflamaciones del ciego desde años atrás.

En 1839, Bright y Addison los eminentes internistas del Guy's Hospital describen en *“una forma muy clara la sintomatología de la apendicitis y establecen que el apéndice es la causa de muchos o la mayoría de los problemas inflamatorios de la fosa ilíaca derecha; sin embargo no mencionan en ningún momento el tratamiento quirúrgico”*. A la oposición de Dupuytren se ha hecho responsable de dirigir el criterio quirúrgico a no aceptar lo sostenido por Melier. Igualmente no hay una explicación clara por la no aceptación de lo sostenido por Bright y Addison (4)

En 1846, Volz, nuevamente identifica el apéndice como el sitio de origen de la enfermedad inflamatoria del cuadrante inferior derecho del abdomen. En 1848, Henry Hancock, Presidente de la Sociedad Médica de Londres presentó ante esta Sociedad una publicación sobre una paciente de 30 años en puerperio inmediato con una peritonitis aguda de varios días de evolución. La intervino con una incisión en la fosa ilíaca derecha drenando gran cantidad de pus. Dos semanas luego expulsó un fecalito por la herida operatoria. Se recuperó sin problemas.

En 1867, Willard Parker, cirujano de Nueva York, hizo un recuento de su experiencia comenzada en 1843, de 4 casos drenados de abscesos apendiculares, recomendando esta conducta después del quinto día del comienzo del proceso sin esperar la fluctuación. En 1880, Lawson Tait, quizás el líder de los cirujanos ingleses abdominales, removió un apéndice gangrenado en una adolescente de 17 años. El diagnóstico preoperatorio fue el de Peritonitis generalizada por ruptura del ciego y apéndice vermiforme. La intervino por una Laparotomía media. Los hallazgos fueron: Apéndice gangrenado en medio de un gran absceso. Lo extirpó, invirtió el muñón, drenó la pelvis y cerró el abdomen. La recuperación fue completa. Esta operación solo fue reportada en 1890 y para entonces Tait ya había abandonado la apendicectomía. Hay que recordar que él fue un opositor tenaz a la antiseptia listeriana (3)

En 1883, Abraham Groves de Fergus, Ontario, educado en la Universidad de Toronto donde fue amigo de William Osler e introdujo la práctica quirúrgica en aquella ciudad. El 10 de mayo vio a un joven de 12 años con dolor e hipersensibilidad en la fosa ilíaca derecha. Lo operó y removió un apéndice inflamado. A pesar de haber hecho muchas publicaciones científicas no mencionó este caso hasta 1934 cuando publicó su autobiografía. En 1884, Johannes Von Mikulicz nacido en Czernowitz, ciudad perteneciente primero al imperio austro-húngaro y luego a Polonia, con ejercicio asistencial y docente en las Universidades de Cracovia, de Konisberg y de Breslau; operó un paciente de una apendicectomía con muerte del mismo

En 1885, Kronlein, de Zurich, siguiendo una sugerencia del antes nombrado realizó una extirpación del apéndice con éxito. En este mismo año Charter-Simmonds de Londres hizo una operación que fue planeada por un internista llamado Mahomed, con un abordaje retroperitoneal del apéndice encontrando un fecalito en el interior del apéndice.

En 1886, en Nueva York se estableció en forma incorrecta que R.J Hall había hecho la primera apendicectomía con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda en el Roosevelt's Hospital donde trabajó Mc Burney por largo tiempo. El paciente fue un varón de 17 años con una hernia inguinal irreductible con un apéndice perforado en su interior, extirpándolo y drenando un absceso pelviano con buena evolución.

En el mismo hospital, Henry Sands, asistente de Willard Parker y maestro de Mc Burney reportó un paciente operado con un apéndice perforado, con remoción de 2 fecalitos y sutura de la perforación con total recuperación. Publicó este caso. Poco tiempo después Sands murió, pero antes le comunicó a Mc Burney que había cambiado su conducta, en aras de no hacer suturas del apéndice, sino extirpación del mismo (4)

Es muy probable que el fallo de no aceptar las repetidas observaciones de que el apéndice era el principal causante de la enfermedad inflamatoria del cuadrante inferior derecho del abdomen se debió a que las implicaciones terapéuticas no eran claras. A pesar de que era exitoso el desempeño de operaciones abdominales ocasionales, se estaba antes del advenimiento de la anestesia general y del problema frecuente y muy importante de la infección quirúrgica posoperatoria. Se consideraba a la cirugía como un último recurso en la terapéutica. El éter, el óxido nitroso y el cloroformo fueron aceptados después de la primera mitad del siglo XIX. Los trabajos de Lister fueron publicados hacia 1867 y se recordará que ellos no fueron admitidos, aun por importantes cirujanos, por varias décadas. Todo esto apuntó a que las operaciones abdominales fueron más aceptadas, más frecuentes y más seguras después de 1870.

El gran triunfo sobre la cirugía del apéndice luego de las innumerables muertes ocurridas en los primeros siglos de la civilización occidental va a ser obra de la escuela norteamericana, como veremos de seguida (4) Son tres personas las responsables de cambiar los criterios existentes en el diagnóstico y de modificar radicalmente el enfoque terapéutico. El responsable mayor no es un cirujano. Es un anatomopatólogo.

TRES GRANDES FIGURAS:

1) **REGINALD HEBER FITZ** (1843-1913) Pertenecía a la novena generación de los “Fitzes” en América. Las primeras habían sido colonos de la Bahía de Massachusetts en 1639. Educado en el Harvard College and Harvard Medical School. Hizo un año de experiencia clínica en el Boston City Hospital. Luego se fue a Europa por dos años: Viena, Berlín, París, Londres y Glasgow, lo que era la costumbre entonces. En Viena aprendió Patología Celular con Rudolf Virchow e hizo una publicación en conjunto con él. Regresó a Boston y fue nombrado Instructor de Anatomía Patológica en la Harvard Medical School introduciendo el uso del microscopio. Trabajó en el Dispensario de Boston en su práctica privada por muchos años. En 1886 escribió una carta al staff médico del Massachusetts General Hospital manifestándoles que iba a renunciar a este hospital en vista de que no se había hecho efectivo el nombramiento que le había ofrecido el Consejo de Administración como Visiting Physician, logrando que de inmediato le llegara el nombramiento ofrecido.

El 19 de junio de 1886 se realizó el primer Congreso de la Asociación Médica Americana, en Washington D.C. La mayoría de los asistentes eran internistas y patólogos de reconocida fama: Sternberg, Prudden, Councilman, Welch, Delafied y Osler. Fitz leyó su trabajo: **“Perforating inflammation of the Vermiform Appendix; with Special Reference to this Early Diagnosis and Treatment.”** Por primera vez se usaba el término **Apéndice**. Echaba por tierra los conceptos de Tiflitis y de Peritiflitis (Fig 4) Había practicado un número de autopsias en procesos abdominales inflamatorios

agudos de más de 250 casos y concluía: “*que en la mayoría de los casos de tiflitis el ciego se halla intacto, en tanto que el apéndice aparece ulcerado y perforado (...) propongo el término de **apendicitis**.*”



Fig 4. Reginald H. Fitz.
Cortesía de Arch médicos. Harvard

Hacia énfasis en que los pacientes debían ser operados lo más pronto a la aparición de los síntomas, antes de que ocurriera la perforación. El autor de esta investigación es del criterio que Fitz constituye el pilar principal del cambio del manejo de la apendicitis aguda y cree sin lugar a equívocos que en la historia de esta nosología podemos hablar de una Era Pre y Post Reginald Fitz (2) En el momento de presentar su trabajo era Shattuck Professor of Pathological Anatomy of Harvard University. El Dr. Fitz en 1889, publicó un trabajo sobre la clasificación anatomoclínica de las pancreatitis, la cual se mantuvo vigente por muchos años. Estuvo activo hasta cercanos los 70 años cuando murió después de una intervención por úlcera gástrica. Después de Fitz no hubo desafíos importantes en Norteamérica por la patología inflamatoria del cuadrante inferior derecho, “*del hipogastrio derecho*,” como lo seguían mencionando algunos cirujanos, y los términos de *tiflitis* y *peritiflitis* se borraron de la literatura médica americana. No ocurrió de igual forma en Europa, como veremos en el desarrollo de este trabajo de investigación, donde siguieron vigentes por muchos años más. El segundo pilar en el ejercicio del tratamiento científico, quirúrgico, de la apendicitis si lo constituye un cirujano.

2) **CHARLES HEBER MC BURNEY** (1845-1913)

Podemos condensar en tres palabras la vida profesional de este ilustre personaje: *el cirujano, el punto y la incisión*. El cirujano: tanto clínico como académico. Nació en Roxbury, Massachusetts un 17 de febrero. Recibió el título de Médico-Cirujano en 1870 en la actual Universidad de Columbia, antiguo y prestigioso sede del Colegio de Médicos y Cirujanos de Nueva York. Había hecho su educación media en escuelas privadas y en la escuela de Latín de Roxbury en el mismo Boston. En 1862 se matriculó en Harvard donde recibió su grado, primero de Bachiller y luego la Maestría en Artes. Su entrenamiento quirúrgico lo hizo luego en el Hospital Bellevue por 18 meses continuando en Europa su formación, lo que era igualmente la pauta para los noveles cirujanos, en Londres, Viena y París retornando a Nueva York en 1872 con sus muy jóvenes 29 años (5)

Establecido en la gran manzana ejerce en los hospitales más importantes: St. Luke's, Bellevue, Presbyterian y donde lo hace con mayor intensidad es en el Roosevelt's Hospital, siendo aquí su único cirujano por muchos años, nombrado Jefe de Cirugía a los 43 años. Tuvo una dilatada actividad académica en su alma mater, comenzando como Demostrador Asistente de Anatomía en la cátedra del Dr. Henry Sands de 1878 a 1880. En 1889 es nombrado Profesor de Anatomía del Departamento de Cirugía, en 1901 Profesor de Cirugía Clínica y en 1907 Profesor Emérito de Cirugía (Fig 5) Esta excelente preparación y desempeño clínico unido a una gran destreza quirúrgica lo llevó a una reputada fama, incursionando en varias disciplinas, en algunas como pionero en esta época de primeros años de la cirugía americana. En 1893 extirpó el primer tumor quístico del cerebelo. Destacó en ortopedia en el manejo de la dislocación del húmero fracturado. Describió y puso en práctica plastias en el manejo de las hernias inguinales.

El 9 de marzo de 1898 ante la Sociedad Quirúrgica de Nueva York expuso en forma diáfana y sencilla el uso de guantes de hule en *“todo de tipo de intervenciones de cualquier tipo con un resultado muy gratificante,”* y *“hemos cerrado de inmediato un gran número de heridas sin otro drenaje que un simple pedazo de hule, delgado, insertado en uno de los dos ángulos”* El tipo de operaciones realizadas por Mc Burney y su equipo de trabajo fue muy variado: Litiasis vesicular y biliar, cirugía intestinal, hernias, nefrectomías, amputaciones extensas de mamas, tiroidectomías, etc. (6)

En cirugía biliar fue pionero principalmente en la coledocolitiasis. En 1891 intervino una mujer de 43 años con diagnóstico de “cáncer de vías biliares”. Encontró una gran piedra en el colédoco terminal haciendo el abordaje de la misma a través de una duodenotomía con incisión posterior en el colédoco terminal y esfínter de Oddi haciendo *“el cierre del duodeno de la manera habitual,”* con una recuperación muy buena de la paciente. Esta técnica la practicó en otras cinco ocasiones sin problemas y las publicó en 1898. Este abordaje del colédoco con dilatación ampular y esfinterotomía a través de una duodenotomía era preconizado por Mc Burney como más sencillo y más seguro que la “coledocotomía anterior.” En su primera descripción operatoria habla “del cálculo impactado en el cístico,” haciendo la corrección en publicaciones posteriores. Esta esfinterotomía se adelantó en más de 100 años a la esfinteroplastia del esfínter de Oddi.

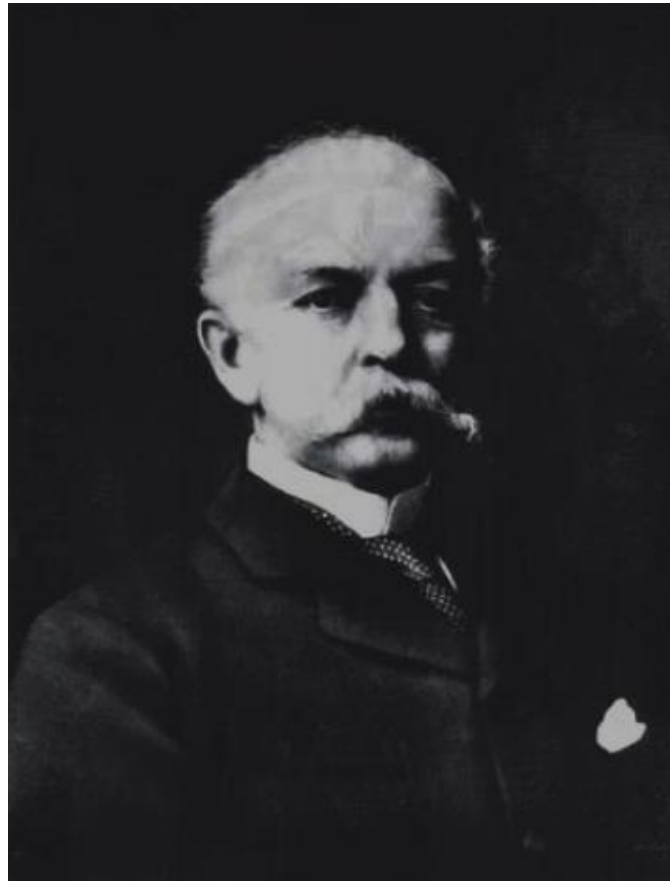


Fig 5. Charles McBurney, creador del punto, el signo y la incisión.
De Yale SH. Clin Med Res 2005; 3: 187-89

No fue Mc Burney el primero en extirpar un apéndice inflamado. Lo hemos visto al exponer nuestra revisión histórica. Pero a él se deben las primeras guías para el diagnóstico clínico y el manejo quirúrgico de la apendicitis. La otra gran figura, el tercer pilar en este mismo camino intervencionista, es otro gran cirujano, de ancestro irlandés, residenciado en Chicago, el Dr. John Benjamín Murphy. Son Mc Burney y Murphy, como cirujanos, los verdaderos impulsores del tratamiento quirúrgico de la apendicitis, quienes señalaron un cuadro clínico inequívoco, el mayor número de pacientes operados en forma temprana y con las mejores estadísticas de curación del proceso. Para 1846 ya se había comenzado con la primera anestesia general, y los criterios de asepsia y antisepsia eran más aceptados en el manejo quirúrgico. El uso de guantes ya lo había iniciado Halsted en el Johns Hopkins y lo continuaba Mc Burney en Nueva York. La anatomía operatoria y la técnica quirúrgica habían tenido grandes progresos impulsados igualmente con las enseñanzas halsterianas. El otro de los 3 grandes enemigos de la cirugía estaba controlado: la hemorragia. Todo esto traía consigo una disminución de la mortalidad operatoria haciendo las operaciones más seguras. En 1889, Mc Burney publicó uno de sus artículos capitales, la importancia del signo diagnóstico de dolor que lleva uno de sus epónimos: **“el punto de Mc Burney.”** Con sus palabras lo define: *“antes de describir los pasos de la operación, me referiré otra vez a la importante ayuda al diagnóstico del cual he hablado, nombrándolo con certeza por la presión de la punta de un solo dedo, que el punto de*

mayor dolor en un adulto promedio, es casi exactamente a dos pulgadas de la espina ilíaca anterior en una línea que se dibuja de este proceso hacia el ombligo. La mayor cantidad de dolor en este punto que en otros, tomando en conexión la historia del caso, así como otros signos bien conocidos, considero que **es casi patognomónico de apendicitis**. Este punto indica la situación de la base del apéndice de donde surge del ciego pero no siempre demuestra que el punto de mayor enfermedad es allí.”

El autor ha señalado que antes de Mc Burney ya se había realizado tratamiento operatorio en un apéndice perforado o no. Pero fue él quien sugirió la incisión que lleva su nombre la cual realizó por primera vez el 18 de diciembre de 1893. Había usado varias incisiones en abdomen previamente, quizás la practicada con más frecuencia era la hecha en la línea media infraumbilical. Surgió un consenso entre los que la practicaban, de desecharla. En julio de 1894 presentó un trabajo sobre 4 pacientes en quienes usó esta incisión: ***“The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis with a description of a new method of operating”***(6) Se tratará de resumir los puntos más importantes de este trabajo ya que marcó un hito en el abordaje del apéndice y aún en la actualidad se considera como la incisión de elección en los casos no perforados. En el trabajo original la técnica es la siguiente: *“Incisión de 4 pulgadas perpendicular a una línea que une el ombligo con la espina ilíaca anterior en la unión del tercio externo con los dos tercios internos. Apertura de aponeurosis del oblicuo externo. Divulsión de las fibras del oblicuo interno y transversal en la dirección de las mismas. Apertura más corta de fascia transversalis y peritoneo. Uso de 2 pares de retractores (separadores): un par para la superficie (piel y subcutáneo) y otro par para la profundidad (oblicuo interno y transversal); cada par de retractores en manos de un ayudante. Cierre de pared: fascia transversalis y peritoneo, Aproximación de la divulsión hecha en oblicuo interno y transversal con catgut fino. Cierre aponeurosis oblicuo externo, de subcutáneo y piel.”* Lo colocado entre paréntesis es del autor de este trabajo. En los pacientes con abscesos no se hacía cierre de la pared. Se dejaba un “packing” de gasas en ésta y el cierre se realizaba por segunda intención.

Mc Burney hacía luego un análisis de la incisión señalando las ventajas y desventajas del procedimiento. Entre las primeras señalaba:

- 1) No hay división de fibras musculares ni tendinosas. Solo divulsión y separación de las fibras.
- 2) Hay sangrado solo al abrir piel y subcutáneo.
- 3) No hay división de fibras musculares ni nervios largos por lo tanto no hay dolor posoperatorio.
- 4) La reparación de la pared abdominal es muy buena y queda “un enrejado en parrilla” con buena fuerza de contención.

Y entre las desventajas: 1) Se necesitan dos ayudantes para separar los tejidos: uno para el plano superficial (piel y subcutáneo) y otro para el plano profundo (músculos anchos)
2) No es una operación fácil y resulta más difícil para quienes no tienen experiencia con operaciones sobre el apéndice.

Añadía Mc Burney: *“Pienso que se pueden hacer comparaciones con otras incisiones y ver los resultados”* Recomendaba este procedimiento en los casos no supurados, no perforados, intervenidos entre uno y otro ataque de apendicitis aguda. Lewis Mc Arthur usó esta incisión en el mismo tiempo que Mc Burney y en junio de 1894 la presentó en la Sociedad Médica de Chicago sin publicarla, lo que hizo años después. Mc Burney reconoció mediante una carta a Mc Arthur su prioridad, sin embargo se generalizó su uso con su nombre y con este epónimo es como se le conoce.

Los cirujanos de Estados Unidos aceptaron rápidamente la apendicectomía y para 1889, Bernays reportó 71 apendicectomías consecutivas sin ninguna muerte. Para esta misma fecha Mc Burney publicó su experiencia con más amplitud: Mc Burney C. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix NY Med J. 1889; 50: 676-684. Charles Heber Mc Burney fue un cirujano talentoso, de gran habilidad y colorido con una fuerza de trabajo muy alta que inspiraba a sus estudiantes en el salón de clases y sorprendía a sus colegas en el pabellón de cirugía. Casi con seguridad el cirujano de referencia más popular de Manhattan. Tenía un talento nato para el diagnóstico y una exposición muy precisa de los casos clínicos, tanto oral como escrita. Llegó a publicar más de 100 trabajos científicos. Mientras que sus exposiciones eran sólidas más no brillantes su presencia imponía respeto ante sus colegas generacionales. Hacía una buena selección en la presentación de sus casos docentes. Fue Fellow de la Asociación Médica Americana, Fellow Honorario del Colegio Real de Cirujanos, Miembro de la Academia de Medicina de Nueva York y de la Sociedad Quirúrgica de París. Gran amante de la recreación al aire libre, de la pesca, los paseos por el río Oeste y del golf. Se retiró de la práctica clínica en 1905. Falleció el 13 de noviembre de 1907 de un mal cardiovascular. Sus restos mortales fueron llevados a su tierra natal, Brookline, Massachusetts.

La intervención temprana unida a la estandarización de su incisión dio lugar a que la mortalidad y morbilidad de los pacientes con apendicitis se redujera en forma dramática. La habilidad y personalidad de Mc Burney fue llevada a la prensa de la época cuando el anarquista León Czeglowski le disparó al entonces presidente de los EE.UU., William McKinley el 6 de septiembre de 1901. El presidente fue operado por el Dr. Mann, Director de la Escuela de Medicina de Búfalo y falleció en el octavo día posoperatorio. Mc Burney fue llamado en consulta llegando a esa ciudad a las 48 horas de operado no pudiendo cambiar el destino mortal del presidente debido a la gravedad de las lesiones.

La actividad de este famoso cirujano no se limitó solo a la atención e intervención operatoria de los pacientes. Su creatividad lo llevó a diseñar una verdadera área quirúrgica en su hospital más querido: el Roosevelt, siendo pionero en hacerlo en los EE.UU. Para esta época ya gozaba de un puesto prominente en el manejo diagnóstico y operatorio de la apendicitis aguda y la apendicectomía. Uno de sus pacientes fue un rico filántropo: Williams Sims, quien agradecido le donó al hospital \$ 350.000.00 (Trescientos cincuenta mil dólares) Para el quirófano siguió los principios del ingeniero alemán Gustav Neuber, quien en 1885 había construido un pequeño hospital con 5 quirófanos: uno para cirugía limpia, otro para cirugía séptica, eliminación

de espectadores, a excepción de un anfiteatro para docencia (Fig 6, 7) Paredes no porosas de fácil limpieza, mínimo mobiliario y estanterías de metal y vidrio. Los planos fueron hechos por Mc Burney, asesorado por el arquitecto W. Wheeler Smith. Fue construido en 1891 con el epónimo del donante.

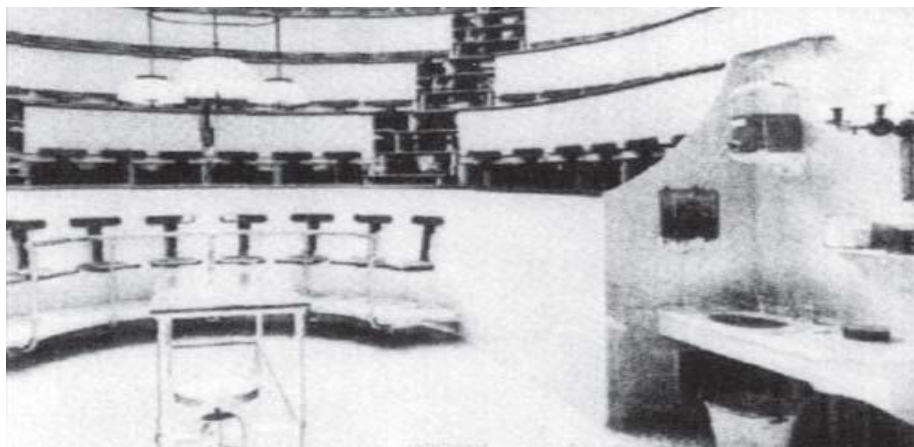


Fig 6. Anfiteatro del pabellón quirúrgico Sims.

(Tomado de Clemons BJ. The first modern operating room in America. AORN Journal 2000; 71: 164-170)

La unidad quirúrgica constaba de tres quirófanos: uno central con quirófano para la enseñanza, uno pequeño para los “casos privados especiales” y otro para los casos sépticos. Había cuartos auxiliares para vestidores de cirujanos y enfermeras, un cuarto para material estéril y otro para guardar el material esterilizado colocado en repisas de metal y vidrio. Una rampa llevaba al segundo piso donde estaban los cuartos de recuperación de los pacientes y un tercer piso con cuartos para guardias del personal de enfermería. Los techos y los pisos eran de mármol italiano con un tragaluz para luz externa y luz eléctrica y de gas para asegurar una adecuada iluminación. Estas áreas así concebidas funcionaron por 40 años y reemplazadas por un nuevo edificio de 8 quirófanos los cuales ocupaban un piso completo en 1942. Uno de los antiguos pabellones fue convertido en Banco de Sangre y luego en laboratorio de investigación.

3) JOHN BENJAMÍN MURPHY (1857-1916)

Constituye, como ya se mencionó el tercer pilar junto a Fitz y Mc Burney en la paternidad del diagnóstico de la apendicitis aguda y de su tratamiento: la apendicectomía. El patrimonio del cambio de conducta y de los buenos resultados obtenidos con la misma en esta patología lo es del pensamiento, de la inteligencia, disciplina, constancia y perseverancia de la escuela norteamericana. Murphy fue pionero de la operación llamada preventiva ya que se realizaba con los primeros síntomas. Lo hizo con singular energía, casi con fanatismo, como apuntan algunos que lo conocieron y con escasos 32 años de edad. Era el año de 1889, trabajaba en Chicago en la *extirpación precoz y radical del apéndice*, como también se le llamó, en una época donde las enseñanzas de Fitz se consideraban sacrílegas. Sostenía Murphy (Fig 8) que al haber la sospecha cierta de la inflamación se extirpara el apéndice a fin de acabar con el mal eliminando su causa cerrándole el paso a la perforación y peritonitis subsiguiente.

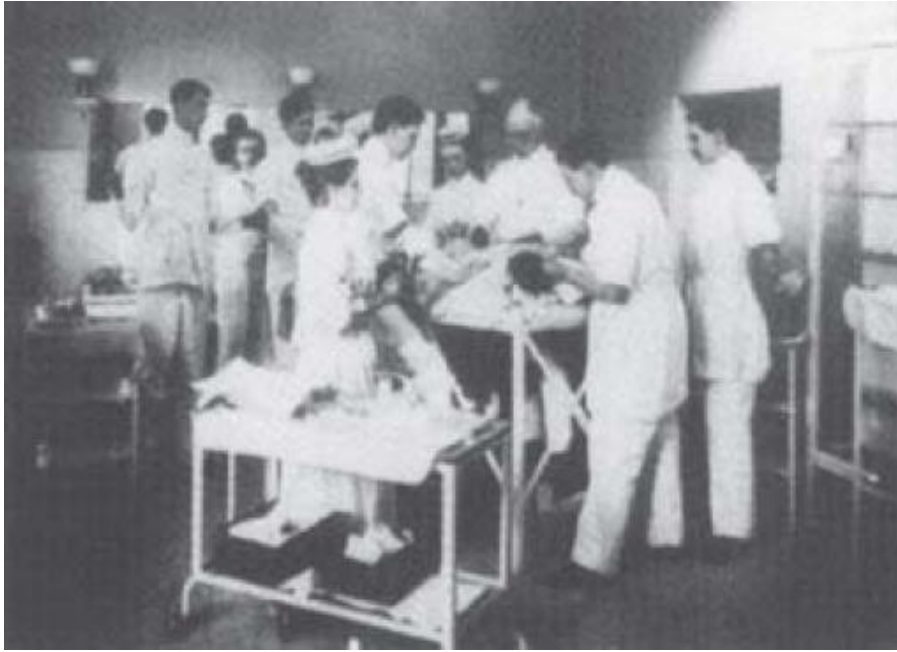


Fig 7 Mc Burney operando en el quirófano William Sims, alrededor de 1900
(Tomado de Clemons B.J. The first modern operating room in America. AORN Journal 2000; 71:164-170)

Había nacido en Appleton de padres procedentes de Irlanda de la cual huyeron del hambre y la miseria. De brillante pelo rojo (lo llamaron “*el pretel rojo*”) en recuerdo a un pájaro típico de esa región, e influenciado por su madre en la búsqueda del ascenso social y de la fama. Estudió en el Rush Medical College de Chicago y más tarde fue alumno de Billroth en Viena. En su estadía en Viena, Billroth le diagnosticó una tuberculosis renal. Para 1888 presentaba síntomas de TBC. pulmonar lo que lo llevó primero a Colorado Springs y luego a Nevada donde superó el problema tuberculoso. Su hermana Lucinda y otros dos hermanos habían muerto de tuberculosis en 1887 (7)



Fig 8. John Benjamin Murphy.
"Cuando algún apendicular muere, alguien es culpable"

Trabajó en el Cook County Hospital y el 2 de marzo de 1898 examinó un paciente de 32 años llamado Monahan con dolores abdominales agudos y repentinos *en el hipogastrio derecho*. Dos horas más tarde tenía fiebre alta y vómitos repetidos. Empapado de los trabajos de Fitz de 1886, seis horas más tarde operó el paciente encontrando una inflamación discreta a moderada del apéndice. Lo extirpó sin dificultad con buena evolución posoperatoria, sin complicaciones y alta en plazo breve. Se convirtió entonces en un verdadero sabueso ante casos similares y para el mes de noviembre había operado unos 100 pacientes. Observó que operando entre 12 a 24 horas de comenzado el cuadro clínico no se presentaban complicaciones posoperatorias. En noviembre de 1889 presentó su experiencia ante la Sociedad Médica de Chicago compuesta para la época principalmente por internistas y practicantes. Puntualizó ante los asistentes: *"la responsabilidad corresponde al médico, quien es llamado primero ante el paciente."* Este auditorio formado en su mayoría por internistas y practicantes como ya se ha señalado rechazó sus experiencias sosteniendo que se debía administrar opio al paciente hasta que aparecieran signos mayores de un absceso en la fosa ilíaca derecha y fiebre alta. Abandonó la sala muy irritado, era una verdadera cólera la que sentía por aquellos *"viejos fósiles"* que no comprendían la lógica de su tratamiento, cólera que se mantuvo con intensidad por un largo período (7)

Su reacción posterior fue la de trabajar con ardiente decisión y operar un gran número de casos que lo llevó a enunciar la famosa tríada sintomática que lleva su epónimo: Dolor, Náuseas-vómitos, y Fiebre, en ese orden, poniendo en duda el diagnóstico sino aparecían con esa sucesión y con aumento progresivo de la intensidad

en las horas y días. Pasados unos años demostró haber operado con éxito unos 200 casos y más adelante los refrendó con una publicación muy significativa (8) Dos terceras partes de estos pacientes tenían *apendicectomías de intervalo* (entre uno y otro ataque), lo que muestra que la indicación de extirpación fue liberal. Publicaciones de este tenor eran tan convincentes que los cirujanos progresistas se adherían a este criterio de la intervención precoz y radical: la extirpación del apéndice. No se descartaba la posibilidad de encontrar un ciego y apéndice sano pero ante esta posibilidad de error el número de éxitos eran tales que opacaban esa falta.

Toda la prensa norteamericana incluyendo los periódicos locales se apoderaron del tema. Los practicantes se vieron obligados a llamar al cirujano por deseo expreso de los pacientes quienes sabían que con el tratamiento del opio los esperaba una permanencia en cama de algunas semanas, que podían recaer después en la enfermedad con determinada frecuencia y que en caso de una perforación del apéndice les iba en ello la vida. En cambio la intervención solo les retenía en cama un breve período de tiempo con la ventaja de que un apéndice extirpado no podía volver a enfermar nunca más.

A partir de las publicaciones de esta maravillosa tríada constituida por Fitz, Mc Burney y Murphy hubo en Norteamérica un cambio de 360 grados en el abordaje de la patología inflamatoria del *“hipogastrio derecho o fosa iliaca derecha,”* de un tratamiento médico donde el opio tenía un principal papel hasta que apareciera la tumoración fluctuante en el cuadrante inferior derecho del abdomen, a un tratamiento quirúrgico mediante una *reiterada intervención precoz, preventiva, radical y definitivamente curativa.*

En 1902, A J Oshner, de Chicago, publicó el primer Handbook de apendicitis. El abogaba que no debía operarse cuando había una peritonitis difusa. En estos pacientes insistía en: *“Dieta absoluta, lavados gástricos repetidos, y enemas nutritivos lo cual localizaba la peritonitis y permitía entonces una intervención más segura.”* Para 1926, Legrand Guerry presentó una experiencia personal bastante numerosa (9)

LA APENDICECTOMÍA EN EUROPA.

Como veremos de seguidas, el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda demoró varias décadas en ser aceptado y hacerse regular en el viejo mundo. Analicemos en primer lugar lo que pasó entre 1880 y 1890. El 14 de febrero de 1884 Ulrich Kronlein profesor de cirugía de Zurich intervino una peritonitis con abundante pus encontrando un apéndice inflamado, purulento y perforado, juzgándolo responsable de la misma, extirpándolo de raíz, drenando el abdomen y muriendo el paciente. En 1888, quien fue después uno de los mejores cirujanos ingleses, Frederick Treves, extirpó por vez primera con feliz éxito un apéndice en el intervalo entre dos ataques agudos. En este momento Treves tenía 35 años y era profesor de anatomía del Colegio de Cirujanos de Londres. Fue la primera piedra en este camino, sin embargo no se decidió por la operación precoz y en los casos leves siguió usando los laxantes y el opio y esperaba por 5 días la aparición de la fluctuación del pus en la pared abdominal; pero sí operaba de entrada los casos crónicos en el intervalo entre dos ataques agudos.

Seguía predominando el anticuado concepto de *Tiflitis y de Peritiflitis* y éstas eran el lugar común de practicantes y médicos; cuando ni los laxantes ni el opio servían de nada se esperaba inexorablemente la muerte. El cambio comenzó a operarse con la tesis doctoral del joven médico Charles Kraft de Lausana, la cual trataba del “*Tratamiento Quirúrgico **Americano** de la Apendicitis*,” (negrillas del autor) Otros cirujanos jóvenes, los alemanes Sprengel, Kuemel, Riedel y Sonnenburg adoptaron el tratamiento quirúrgico, enfrentando una compacta resistencia que -comparada a la habida en Norteamérica en los inicios de la apendicectomía- resultaba prácticamente insignificante. Esto era debido al gran número de médicos y practicantes existentes que se resistían a pasarle estos pacientes a los cirujanos. Esto llevó a una lucha muy intensa que tuvo como final un alto número de cadáveres (4)

Los practicantes y médicos mostraban estadísticas de curaciones por el opio por las remisiones de los síntomas durante un ataque, habiendo enfermos que morían en un 2º, 3º y hasta 4º ataque de apendicitis. El Primer Ministro francés León Gambetta, en 1882, fue ejemplo en este sentido, muriendo tras una tercera o cuarta crisis de apendicitis (Fig 9) Los cirujanos europeos -exceptuando quizás algunos alemanes y austríacos- siguieron su propio camino, lleno de imperfecciones y lo hicieron con cierto desdén por “*los métodos radicales y provincianos de los norteamericanos*” Llegaron incluso a basarse en fundamentos de tipo filosófico. Siguiendo el método de Treves intentaron diagnosticar diversas formas de “tiflitis y peritiflitis.” Insistieron en que las formas “catarrales” podían ser tratadas solo con opio. Reconocían las formas crónicas y la posibilidad de operarlas en el intervalo entre dos ataques; finalmente admitían que debía ser operada la forma aguda purulenta perforativa, pero no obstante, “*no debía operarse demasiado pronto*” para “*no entorpecer el enquistamiento natural del foco de pus y no provocar con la intervención la penetración del pus en la cavidad abdominal.*” Todo esto aumentaba la confusión e incrementaba la mortalidad en el tratamiento quirúrgico pues se operaba en la fase más aguda y purulenta con una verdadera peritonitis. Operando en estas circunstancias los propios cirujanos daban ocasión a que la mortalidad llegara al 30%. Con tales porcentajes les daban armas a los tenaces defensores del tratamiento tradicional y de esta forma se seguía combatiendo el tratamiento de la cirugía precoz. En Norteamérica seguía la corriente indetenible de la *cirugía precoz, preventiva y radical* disminuyendo cada vez más la morbimortalidad con los adelantos médicos que se iban sumando. De este modo John Murphy llegó a acuñar una frase muy fuerte, muy lapidaria: “*Cuando un apendicular muere alguien es culpable.*” No se puede dejar de señalar que Murphy trabajó por varios años en el tratamiento de la T.B.C. pulmonar con la técnica del neumotórax provocado y la extirpación de grupos de costillas: la Toracoplastia, con buenos resultados.



Fig 9. Léon Gambetta, Primer Ministro de Francia en 1882, una de las incontables víctimas de la apendicitis. Médicos impotentes rodean su lecho de muerte

Igualmente fue importante la invención del Botón de Murphy en anastomosis intestinales, precursor de las pinzas de autosutura. No podemos pasar por alto el punto doloroso abdominal con su epónimo, de mucha importancia en los problemas agudos de la vesícula biliar llamado originariamente “*punto cístico*” y luego “*punto y maniobra de Murphy*”. John Benjamín Murphy fue uno de los miembros fundadores en 1813, del Colegio Americano de Cirujanos, quizás el grupo quirúrgico más numeroso y de más renombre en el mundo en la actualidad. El autor ha tenido la oportunidad de ser Fellowship de este prestigioso colegio (actualmente es Fellowship Senior), de haber sido Chairman of Trauma para Venezuela en su Comité de Trauma, de haber asistido a 5 congresos clínicos, con cursos de 12 horas de duración cada uno, en Trauma, Cirugía Gastrointestinal, Biliar y Cirugía Mínima Invasiva; de haber visitado su sede principal en Chicago donde el auditorio está bautizado con su nombre. Cabe mencionar que tres distinguidos cirujanos venezolanos son Miembros Honorarios del Colegio Americano: los Dres. Luis Razetti de todos conocido por su trayectoria brillante, Herman de Las Casas, fundador de la Traumatología y Ortopedia en nuestro país, tanto académica como asistencial y más reciente, Armando Márquez Reverón, preclara figura y pionero de la cirugía general y oncológica venezolana.

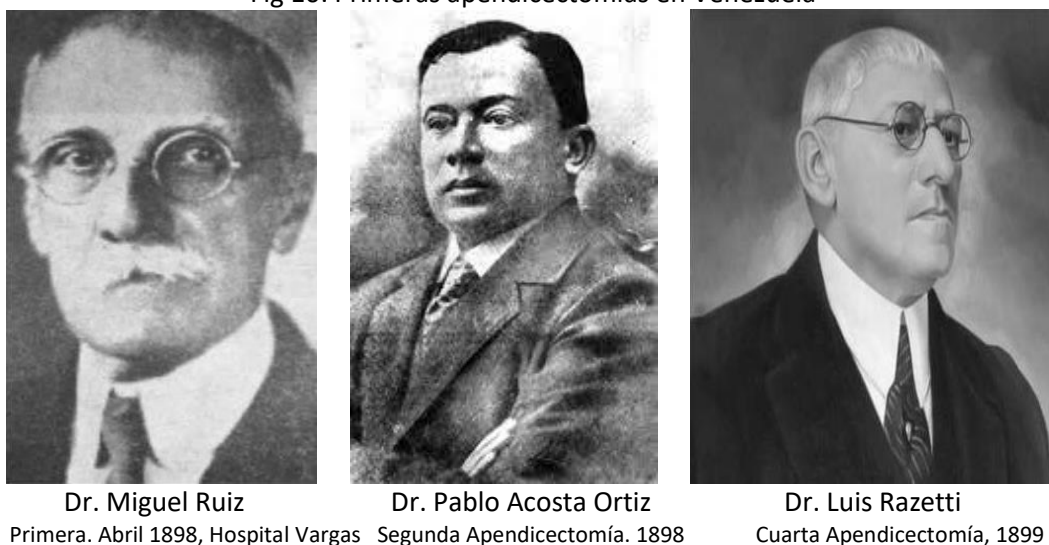
Igualmente, en una oportunidad tuvo la suerte de visitar en la misma “Ciudad de los vientos” el Museo del prestigioso Colegio Internacional de Cirujanos fundado por el Dr. Phillip Thorex a mediados del pasado siglo, donde hay un *Salón de la Fama* con bustos de cuatro venezolanos de distinguida trayectoria: los Dres. José María Vargas, Luis Razetti, Guillermo Michelena y Pablo Acosta Ortiz. Es un deber mencionar igualmente que aquí se encuentra conservado en formol, a pesar de los años, la primera pieza de un estómago con cáncer, intervenida con éxito por Theodor Billroth, en 1881 y el primero o segundo equipo de Rayos X usado en el mundo.

De igual manera se exhibe buen número del material instrumental quirúrgico usado en la guerra de Secesión de los EE.UU.

LA APENDICECTOMÍA EN VENEZUELA.

Un buen número de nuestros médicos y cirujanos habían hecho parte de su formación médica en Europa, principalmente en París. Es de gran complacencia constatar que nuestros cirujanos no esperaron el siglo XX para tener experiencia con la apendicectomía. La primera extirpación la realiza el Dr. Miguel Ruiz (1853-1941), en el Hospital Vargas en 1898. En ese mismo año, el llamado Mago y Príncipe de la Cirugía, Dr. Pablo Acosta Ortiz (1866-1916), hace la segunda. El Dr. Miguel Antonio Seco (1859-1905), en febrero de 1899 lleva a cabo la tercera y el maestro Luis Razetti (1862-1932), realiza la cuarta el mismo año (Fig 10), empleando la hipnosis como anestésico; manejada ésta por el Dr. Enrique Meier Flegel (1864-1927). Todas fueron exitosas. La primera y tercera nombradas, con peritonitis y la cuarta, fuera de la crisis (10)

Fig 10. Primeras apendicectomías en Venezuela



Dr. Miguel Ruiz
Primera. Abril 1898, Hospital Vargas

Dr. Pablo Acosta Ortiz
Segunda Apendicectomía. 1898

Dr. Luis Razetti
Cuarta Apendicectomía, 1899

En la Clínica del Dr. Razetti en 15 años se operaron 15 casos de apendicitis aguda con un 20 % de mortalidad. Las tres muertes registradas fueron pacientes operadas con *“más de 24 horas de evolución con peritonitis generalizada y supuración del apéndice”*. El 72% eran mujeres y el 52% solteras. La técnica empleada fue siguiendo la escuela inglesa de Frederik Treves. En principio los casos se operaban después de aparecer la peritonitis, con abscesos pericecales y/o de la pared abdominal, evacuando el pus y drenando los abscesos. Pocas veces se extirpaba el apéndice.

En su trabajo: Apendicitis, leído en la Sociedad Médica de Caracas en diciembre de 1926 y publicado en 1927 (11) expone el Dr. Razetti, que en su clínica se operaron *“varios casos de apendicitis crónicas”* con mortalidad de 0, con hallazgos de *“apéndices retrocecales adheridos con perivisceritis crónica, con signos macroscópicos de inflamación crónica y parásitos intestinales diversos en su interior”*. En sus Obras completas, Tomo IV, Cirugía (11) se hace la corrección de que la tercera apendicectomía fue hecha por el Dr. Acosta Ortiz.

INCISIONES PARA HACER LA APENDICECTOMÍA:

No hubo una incisión única, estándar. Veámoslas de seguidas (Fig 11):

- 1) Línea media infraumbilical: fue usada en la mayoría de los casos tempranos pero la exposición no se consideraba adecuada
- 2) Pararectal externa derecha: (incisión vertical en el borde externo del recto derecho), ideada por Sir William Henry Battle del Hospital San Thomas de Londres en 1897. Se le responsabilizaba de frecuentes eventraciones.
- 3) Incisión de Mc. Burney: ya analizada en forma completa. Actualmente es la incisión de elección en las apendicitis no perforadas.
- 4) En 1896, J W Elliot de Boston ideó una incisión transversa que aparentemente pasó desapercibida.
- 5) En 1905, A E Rockey de Portland, Oregón, hace una incisión transversa en el cuadrante inferior derecho con divulsión del oblicuo interno y transverso (algo similar al Mc Burney) Un año después, Gwilym con esta incisión transversa divide la porción lateral de la vaina del recto, la extiende lateralmente incindiendo la vaina del oblicuo externo y haciendo luego divulsión sobre el oblicuo interno y transverso. Se entiende que esta incisión transversa internamente es igual en principio a un Mc Burney y su indicación principal es en niños y en mujeres muy delgadas, (en el pliegue abdominal inferior derecho) con apéndices no perforadas y donde se persigue una razón estética adicional. Rockey y Davis no mencionan para nada a Elliot.

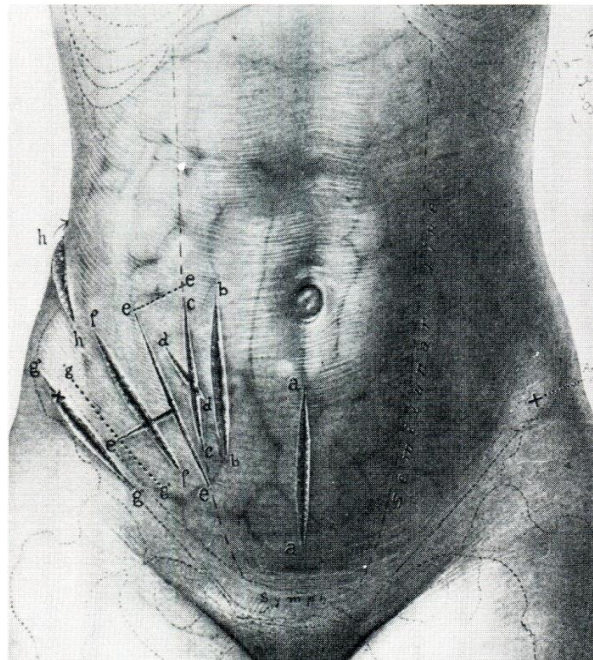


Fig 11. Tipos de incisión propuestos
De Kelly HA, Hurdon E. 1905. WB Saunders

- 6) Incisión de Roux: de 8 a 10 cm, algo cóncava hacia arriba y adentro con su parte media a la altura de la espina ilíaca antero superior y a un cm por dentro de ésta.

A la incisión pararectal externa se le conoce también como de Jalaguier. La incisión de Roux -en franco desuso- tuvo su auge en los primeros años del tratamiento quirúrgico de la apendicitis, cuando los abscesos peri apendiculares eran frecuentes y ella permitía un abordaje directo a la cara externa del ciego, asiento de dichas colecciones purulentas.

TRATAMIENTO DEL MUÑÓN:

El manejo del muñón apendicular ha sido controversial por muchos años y ha tenido un trato mayor al esperado. En las primeras operaciones se ligaba el apéndice, muy proximal al ciego, se extirpaba el apéndice distal y obviamente se ligaba el paquete vasculonervioso. La aparición de fístulas llevó a usar el método de Fowler el cual fue ideado por este autor en 1894, llamado el “Método Cuff” el cual se hizo popular en ese entonces. Luego Dawbarn practicaba la inversión del muñón sin ligar el apéndice lo que llevó a hemorragias posoperatorias siendo abandonado. Igualmente se hizo por muchos años la esterilización del muñón con ácido fénico más alcohol o la cauterización seguidos de la inversión del mismo con una sutura circunferencial serosa-serosa o con la llamada N de Moynihan. Actualmente se continúa usando la invaginación con o sin esterilización química o cauterización.

A pesar de la amplia y numerosa aceptación del diagnóstico de apendicitis y la precocidad de su tratamiento en los Estados Unidos, continuó siendo alta la mortalidad relacionada principalmente con los casos operados con peritonitis. Con el mayor conocimiento de la fisiopatología de los casos perforados, el mejor manejo del medio interno, la resucitación con fluidos y el detener lo antes posible la contaminación por un apéndice perforado, se llegó a una disminución de la mortalidad en estos pacientes. Otro gran avance lo constituyó la aparición de los antibióticos en los años 40 y 50 del pasado siglo. Actualmente la mayor mortalidad la observamos en pacientes de tercera y cuarta edad, perforados, en los niños con perforación y en los inmunosuprimidos.

ANÉCDOTAS RELACIONADAS CON LA APENDICITIS AGUDA

- 1) Ephraim Mc Dowell. El realizador de la primera Laparotomía en América, en Danville, Kentucky, el día de Navidad de 1809, extirpando un gigante tumor de ovario que pesó 9,960 Kg, en la paciente Jane Todd Crawford. Hizo sus estudios médicos en Edimburgo. Murió en 1830, de una peritonitis apendicular.
- 2) George Ryerson Fowler contribuyó al desarrollo temprano del tratamiento de la apendicitis aguda. Es creador de la posición que lleva su nombre, usada en pacientes con trauma y en el pasado para tratamiento de la peritonitis. Fue profesor de Cirugía en la Policlinic Postgraduate School y tesorero de la American Surgical Association. Salió de su casa en Brooklyn, desarrollando en el viaje un fuerte dolor abdominal, siendo hospitalizado en Albany, NY. Intervenido quirúrgicamente, se encontró un apéndice necrótico con peritonitis, el cual se removió. Murió 4 días después.

- 3) Walter Reed confirmó que el mosquito era el vector del virus de la Fiebre amarilla, en 1901. En ese entonces presidía la comisión que estudiaba el problema de la Fiebre amarilla en Cuba, durante la guerra hispano americana (Carlos Finlay, médico cubano había demostrado en 1881 que el vector era el *Aedes Egypti* y previamente Luis Daniel Beuperthuy, en 1853 había reportado que un mosquito era el trasmisor. A comienzos de noviembre de 1902 cayó enfermo y esperó varios días antes de consultar a su amigo el Dr. WC. Borden, quien le indicó intervención quirúrgica, rechazada por Reed. Intervenido el 14 de noviembre se removió un apéndice perforado. El apéndice fue fotografiado y preservado en formol, mas no se le hizo estudio microscópico. Hizo una fístula fecal con mejoría los primeros días y luego una peritonitis generalizada, muriendo el 23 de noviembre. Borden fue luego Jefe del Departamento de Cirugía de la Universidad George Washington.
- 4) Thomas Morton, cirujano de Filadelfia, hermano de Williams Thomas Morton el odontólogo quien en 1846 marcó un hito en la historia de la cirugía, en el Massachusetts General de Boston, al practicar la primera anestesia general; publicó un caso intervenido por él de apendicectomía exitosa, con drenaje de un absceso en un paciente de 27 años. Fue Miembro Fundador de la American Surgical Association. Algo sorprendente: un hermano y un hijo murieron de apendicitis.
- 5) En 1887, un internista de Waltham, Massachusetts, Alfred Worcester, de 32 años, presentó dolor abdominal. Fue visto por John Elliot y Maurice Richardson del Massachusetts General, quienes piden en consulta a Reginald Fitz. Examinado en conjunto concluyen que las condiciones del paciente son muy malas para operarlo. Al día siguiente regresa solo Elliot, lo encuentra mejor e indica nuevamente intervención. Lo operan Elliot, Edward Cutler (Senior Asociado de Worcester) y Henry Wood. Drenaron un absceso, con recuperación luego de larga convalecencia. En diciembre de ese mismo año, Cutler operó a un maestro de conductores de ferrocarril, en el mismo Waltham, de una apendicitis de comienzo, con recuperación excelente y rápida y en 1889 publicó varios casos más.
- 6) Quizás la anécdota más emblemática y de mayor publicidad la constituye la protagonizada por el rey Eduardo VII de Inglaterra. Este fue el primer hijo de la reina Victoria, quien murió en 1901 y se fijó la coronación de Eduardo, para el 26 de junio del año siguiente. El 14 de junio el futuro rey tuvo un cuadro de "*discomfort abdominal*", siendo visto por Sir Francis Laking, médico de la corona. A la medianoche aumentó el dolor abdominal y a la mañana siguiente fue llamado a consulta Sir Thomas Barlow. El lunes 16 se trasladó a Windsor, donde fue visto el 18 por Sir Frederick Treves, quien encontró una fosa ilíaca derecha dolorosa y la temperatura algo elevada. Los síntomas remitieron por 48 horas, dando la apariencia de mejoría.

El lunes 23 fue trasladado a Londres y esa noche fue servida una cena-banquete para los invitados. Siguió la mejoría durante la noche y a la mañana siguiente a las 10.00 se reunió una junta médica, formada por Frederick Treves, Lord Joseph Lister, Sir Thomas Smith, Sir Thomas Barlow y Sir Francis Laking, la cual indicó intervención quirúrgica. El rey vaciló en posponer la coronación, pero cambió de opinión cuando Treves hizo su famoso comentario: *“Entonces Sir, usted irá como cadáver”* La operación fue hecha en el Palacio de Buckingham a las 12:30 pm el 24 de junio. El cirujano fue Treves y el anesthesiólogo, Frederick Hewitt. Se encontró un absceso que fue evacuado. El apéndice no se extirpó y la recuperación del paciente fue satisfactoria. La coronación fue pospuesta con pérdida de la comida y las flores preparadas para el acto. El rey Eduardo VII reinó por 8 años. Frederick Treves pasó a ser el Cirujano Jefe del London Hospital a los 31 años en 1882. Para 1890 era el cirujano más conocido en Londres, con una práctica privada muy extensa, hasta su renuncia en 1898. Uno de los comentarios de este ilustre cirujano, semanas después de la intervención, fue: *“haber estado sin dormir las 8 primeras noches del posoperatorio”* En reconocimiento a su labor recibió nombramiento de Barón. Una ironía de la cirugía lo constituyó, el que una hija de este gran cirujano, murió de apendicitis.

- 7) Los personajes de la farándula y del espectáculo no estuvieron exentos en su relación con esta patología. El célebre Rodolfo Valentino, símbolo sexual del cine mudo; fue una de sus víctimas. Había nacido en Castellaneta, Italia, en 1895. Su nombre era Rodolfo Alfonzo Raffaello Pietro Filiberto Guglielmi di Valentina. Murió en el Hospital Policlínico de Nueva York el 23 de agosto de 1926, con solo 31 años de edad, de una Peritonitis apendicular (12)

En las conclusiones de este trabajo de investigación exponemos las estadísticas actuales relacionadas con su morbilidad. No podemos dejar de exponer los beneficios que los adelantos tecnológicos le han proporcionado a la cirugía y en particular a la intervención del apéndice vermiforme. El autor quiere hacer referencia de ese gran progreso que ha traído la Cirugía Laparoscópica en relación a la evolución posoperatoria y al reintegro a las actividades ordinarias del paciente. En nuestro medio tenemos ciertas limitaciones debido principalmente a los costos y el conseguir los insumos pertinentes. Recordemos que Phillip Moiret hizo la primera Colecistectomía por esta vía en Lyon (Francia) en 1987. La primera extirpación del apéndice por esta vía la hizo el Dr. Kurt Semm en Kiel, Alemania, en 1985.

EL CÓLICO MISERERE (*Miserere mei*)

Miserere mei, Deus; secundum magnam misericordiam tuam
(*“Ten, oh Dios, piedad de mí en tu grandiosa dignación”*)

Un famoso salmo, el número 50, penitencial, en idioma hebreo, se le atribuye al rey David pidiendo perdón en medio de un gran dolor moral, un gran desconsuelo, a Jehová por haber dispuesto sexualmente de la bella Bethsabé luego de la muerte de su esposo Urías, a quien David, como rey y jefe del ejército había colocado en primera fila en las batallas buscando su eliminación. Esta invocación de piedad, estuvo presente en siglos pasados, con cuadros abdominales agudos, muy graves, de tratamiento incierto y cuyo desenlace era con seguridad la muerte. Hagamos historia. La definición de íleo ha sufrido diversos cambios en los últimos tres milenios. En su origen fue utilizado en la Grecia clásica para describir una “causa común de obstrucción intestinal” Los romanos lo traducen al término latino de “vólvulo”. En el renacimiento los términos íleo, vólvulo e intususcepción fueron sinónimos de un término vulgar: *el cólico miserere o miserere mei*, cuyo origen y evolución sigue siendo un enigma. La referencia más antigua es de Ambrosio Paré, en un escrito del siglo XVI. Ha tenido como sinónimos: Dolor ilíaco, Cólico pasiónibus, Mal de Miserere de acutis morbis, Pasión ilíaca y está relacionado con dolor abdominal, vómitos repetidos que llegan a ser fecaloideos y fiebre, con instauración de mal estado general, que lleva a la muerte en pocos días, con lo que parece ser una obstrucción intestinal con peritonitis grave, y “exitus letalis”. La invocación divina parece estar relacionada con la gravedad de la afección y el miedo a la muerte.

Hay un trabajo de Acea Nebril B (13) “Miserere Colic (*Miserere mei*)” en relación al tema tratado, apoyado por 23 referencias bibliográficas. La relación directa del Cólico Miserere con el tema de la presente investigación, consiste en que, en el pasado y aún en nuestros días, en ciertos medios sociales y médicos; existe la creencia de que son sinónimos. Es pertinente recordar que hay una forma clínica de apendicitis aguda, que cursa con cuadro obstructivo debido a gran inflamación concomitante del ciego, del íleon terminal, de parte del epiplón mayor y un apéndice ya gangrenado o perforado, con peritonitis en proceso, vómitos repetidos que pueden progresar a fecaloideos, gran deshidratación y mal pronóstico, se intervenga o no el paciente. Hay que aclarar que los llamados vómitos fecaloideos no lo son por expulsión de heces en el vómito. Es debido al marcado olor fecal, por cambios en el jugo intestinal, ocasionado por flora bacteriana múltiple, con preponderancia de *Escherichia Coli*, en un intestino obstruido.

Este “Miserere mei” en un paciente casi premuerto, equivale prácticamente a un “Yo Pecador” en la religión católica. En estos casos el problema inicial es una inflamación marcada del apéndice, con una variante evolutiva obstructiva como ya se ha señalado. Algunos autores denominan este cuadro como “Miserere Inflamatorio” con un pronóstico muy malo. La evolución de esos pacientes originó denominaciones de sinónimos al Miserere, como “Pasión ilíaca o Dolor ilíaco” nombres que ponen de manifiesto la localización original del dolor abdominal.

La descripción de la “Pasión iliaca” hecha por Ricardo Mead y citado por Acea Nebril puede enmarcarse en este contexto, al destacar las características inflamatorias de la enfermedad, señalando el riesgo de gangrena final, una sospecha que posiblemente se deba al conocimiento de este autor de revisión de autopsias en dicho proceso: *“Es una inflamación violenta del intestino que -si no se remedia prontamente- degenera en gangrena y quita la vida.”* Es importante señalar los hallazgos esclarecedores que han aportado las autopsias.

CONCLUSIONES

El autor de esta investigación en su experiencia clínico-quirúrgica mayor de 50 años, en hospitales del área metropolitana de Caracas y del interior del país, además de su ejercicio privado por 25 años ha constatado que es diferente el manejo y la evolución del paciente con Apendicitis aguda, sea que se le trate antes de la perforación del apéndice, o luego de ocurrida la misma. En primer lugar, en los inicios de la inflamación el diagnóstico es más fácil, la técnica operatoria más sencilla y obviamente el tiempo quirúrgico más corto. La recuperación posoperatoria es de una semana o algo más. Revisando las estadísticas actuales al respecto, la mortalidad operatoria está por debajo de 0. Cifras de 0,1 a 0,3%, con morbilidad posoperatoria de 2-3%; mientras que en el paciente con apendicitis perforada (*Peritonitis apendicular*) la mortalidad sube a 2-3% según algunos autores, 5 a 7% según otros, pudiendo llegar a 15-18%, en pacientes de tercera o cuarta edad, acompañada de una morbilidad de 30 a 40%. La permanencia hospitalaria varía de 48 a 72 horas en la primera situación señalada, versus una estadía de 1 a 2 o más meses, con el esfuerzo médico y paramédico que esto conlleva, unido al gasto hospitalario. Para un manejo de un diagnóstico precoz ante un paciente con dolor abdominal el autor plantea algunos paradigmas:

1) Todo dolor abdominal debe considerarse un abdomen agudo quirúrgico, hasta demostrar lo contrario

2) Todo dolor en el cuadrante inferior derecho del abdomen, en un varón entre 15 y 30 años, es una apendicitis aguda como primer diagnóstico

3) En una mujer pensar de entrada en afección ginecológica: por la frecuencia de enfermedad inflamatoria pelviana, quiste complicado (torcido) de ovario o folículo hemorrágico del mismo. Si el cuadro doloroso de abdomen inferior es de instauración violenta y se acompaña de mareos o lipotimia, descartar en primer lugar un embarazo ectópico roto. Excluido lo ginecológico, puede tratarse de apendicitis aguda. Se preconiza igualmente no usar analgésicos, antiespasmódicos, antipiréticos ni antieméticos, hasta no tener un diagnóstico, ya que la administración de esos medicamentos enmascara el cuadro clínico, retarda el diagnóstico y el tratamiento, cambiando un buen pronóstico. Solo un tipo de medicamento debe usarse en ese momento: el tratamiento “enzimático”: estar “encima” del paciente, no distraerse, hasta tener un diagnóstico.

Ante un dolor abdominal, la observación hospitalaria de unas horas, con administración de soluciones parenterales, para mantener buena hidratación, es lo indicado. Lo que no debe hacerse es indicar antiespasmódicos-analgésicos y enviarlo a su casa. A las 24 ó 36 horas puede regresar, con peritonitis generalizada. La apendicitis aguda es el cuadro infeccioso-inflamatorio de abdomen más frecuente en nuestro país: 50 a 60%, con diagnóstico positivo en ocasiones muy sencillo. Sin embargo en otras es muy difícil, debido a que el diagnóstico diferencial hay que hacerlo con otros cuadros agudos inflamatorios de vísceras, tanto huecas como sólidas del abdomen y de la pelvis, con abdomen obstructivo, con patología hemorrágica extraluminal y hasta con problemas médicos pulmonares, inflamatorios, derechos, metabólicos como la cetoacidosis diabética o articulares, como en la artritis coxofemoral aguda derecha.

Particular atención hay que tener en niños y en personas de tercera edad en adelante. En los primeros el diagnóstico es más difícil, debido a la precaria información que suministran los niños o familiares, la alta frecuencia de cuadros médicos digestivos, de una primera consulta hecha a un médico general o a un novel pediatra, en ocasiones con el falso criterio de que “*esta patología es rara en niños*”, lo que ocasiona que un porcentaje importante de esos pequeños pacientes sean operados, cuando ya existe perforación intestinal, con peritonitis manifiesta y aumento subsiguiente de morbi mortalidad.

En pacientes ancianos con pocos síntomas y signos clínicos, cuadros con frecuencia atípicos y consulta médica tardía; se observa igualmente buen número de intervenciones con peritonitis avanzada, aumentos de complicaciones posoperatorias y decesos. En las embarazadas se debe ser igualmente cuidadoso, ya que la primera causa de abdomen agudo es la apendicitis, con igual frecuencia que en las no embarazadas y con estadísticas en los sucesivos trimestres que varían según el autor. En casos de dolor abdominal durante el embarazo se debe tener buen índice de sospecha y hacer el diagnóstico diferencial con un cuadro médico relativamente frecuente en el embarazo: la infección urinaria. Ante una sospecha clínica bien fundada debe intervenir la paciente ya que lo que verdaderamente daña a la madre y al feto son los cuadros sépticos que siguen a la perforación.

No olvidar que aun con buena clínica y el auxilio de métodos paraclínicos, un 10 a 20% de casos apendiculares intervenidos quirúrgicamente, son informados por Anatomía patológica como apéndices sanos o con lesiones muy leves. Se recuerda a uno de los maestros del autor de esta investigación, durante su entrenamiento de posgrado, en el Hospital Universitario de Caracas, el Dr. Carlos Vicente Sucre Vegas; quien sostenía que de no operarse *pacientes “con apéndices normales”*, habría un cambio en las estadísticas de Anatomía patológica y pasarían a presentarse apéndices perforadas.

El mejor manejo se hace elaborando una buena historia clínica: interrogatorio completo, examen físico integral, revisando todo el enfermo y no solamente su abdomen. El diagnóstico de la apendicitis aguda es eminentemente clínico; solo recurrimos a exámenes paraclínicos, cuando se tengan cuadros confusos y dudas importantes. Hematología completa y examen de orina, tomado en forma correcta; es de suficiente ayuda.

Recordar que 15 a 20% de casos cursan con hematología normal. Las alteraciones hematológicas son: leucocitosis entre 12.000 a 14.000 G.B, con desviación a la izquierda del hemograma de Shilling y examen de orina completamente normal, con la salvedad de que el apéndice inflamado esté en contacto directo con el uréter derecho o la vejiga, en cuyo caso pueden observarse alteraciones moderadas en orina y que el paciente refiera algo de disuria con polaquiuria. La velocidad de sedimentación globular (VSG) es casi siempre normal.

Bibliografía

- 1) Lyon Albert, Petrucelli Joseph. Historia de la medicina. Ediciones Doyma. Barcelona (España) 1980
- 2) Brunicardi F, Schwartz C. Principios de cirugía. 9ª. Edición. México: McGraw-Hill, 2010
- 3) Torwald Jürgen. El siglo de los cirujanos. Ediciones Destino. Barcelona (España) 1961
- 4) Torwald Jürgen. El Triunfo de la cirugía. Ediciones Destino. Barcelona (España) 1961
- 5) Martínez Mier G, Reyes Devesa HE. Charles Heber Mc Burney: la incisión, el punto y el cirujano. Cir Gen 2007; 29: 70-75
- 6) Mc Burney, Ch. The incisión made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating. Ann Surg 1894; 20: 38-43
- 7) Rutkov Ira M. Moments in Surgical History: John Benjamín Murphy, (1857-1916). Arch Surg 2001; 136: 359
- 8) Murphy JB. Two Thousand operation for appendicitis with deductions for his personal experience. Amer J Med Sci 1904; 128: 187.
- 9) Guerry LG. A study of the mortality in appendicitis. Ann Surg 1926; 84: 283-287
- 10) Razetti L. Apendicitis. Trabajo leído en la Sociedad Médica de Caracas. Diciembre 1926. Publicado en facsímil en 1927.
- 11) Razetti L Obras completas Tomo IV, Cirugía. pp 526-628
- 12) Williams Raines G. Presidential Address: A History of the appendicitis with anecdotes illustrating its importance. Ann Surg 1933; 197: 495-506
- 13) Acea Nebril B. El Cólico Miserere. Aportaciones sobre su etimología y características clínicas e hipótesis sobre su aparición en la literatura médica de los siglos XVII y XVIII. Rev Esp Enferm Dig (Madrid) 2001; 93: 176-180