
Historia de la apendicitis

History of appendicitis

William Hurtado Ríos *
Alida Guerrero Morán **

Resumen

*La apendicitis, como causa de abdomen agudo inflamatorio, es tan antigua como el mismo origen del hombre. Luego de haber transcurrido trescientos años desde la descripción anatómica original del apéndice cecal, esta fue observada por ser el sitio de enfermedad inflamatoria. Sin embargo, inicialmente este criterio no fue muy aceptado sino hasta la publicación de **Reginald Fitz** 120 años más tarde.*

Los cirujanos norteamericanos fueron los primeros en demostrar que la apendicectomía temprana sería segura y salvaría vidas.

La perforación del apéndice con peritonitis continúa siendo un problema significativo, pero la tasa de mortalidad ha descendido dramáticamente.

Sin duda, la enfermedad apendicular ha estado evidentemente afectada por el curso de la historia.

Palabras claves: apendicitis, apendicectomía, enfermedad apendicular.

Summary

The appendicitis, as a cause of inflammatory acute abdomen, is as old as the origins of men itself. After 300 hundred years since the original anatomic description of the cecal appendix, it was observed as the site of inflammatory disease. However, this criteria was not accepted initially, until the Reginal Fitz' publication 120 years later.

The northamerican surgeons were the first to demonstrate that early appendectomy would be safe and prevent deaths.

Perforation of the appendix with peritonitis is still a significant problem, but the mortality rate has decreased dramatically.

Undoubtely, the appendicular illness has being obviously affected by the course of history.

Proceso histórico

La inflamación aguda del apéndice vermiforme es probablemente tan antigua como el hombre. En una momia egipcia de la era Bizantina se podía observar una adhesión en el cuadrante inferior derecho, sugestiva de una vieja apendicitis (19).

El apéndice cecal no fue muy frecuentemente mencionado en muchos estudios anatómicos antiguos, probablemente debido a que estos estudios fueron realizados en especies animales los cuales no poseen éste órgano.

El médico-anatomista, **Berengario DaCarpi**, fue el primero en describir el apéndice cecal en el año de 1521 (5).

El apéndice estuvo evidentemente representado en dibujos anatómicos de **Leonardo da Vinci**, hechos en 1492, pero no fueron publicados sino hasta el siglo XVI y sirvieron de ilustración para el trabajo de **Andreas Vesalius** "**De Humani Corporis Fabrica**", publicado en el año de 1543, aunque éste no fue descrito en el texto (17).

Otros estudios relativos a la anatomía grosera del apéndice fueron publicados por **Morgagni** (2) en 1719.

Algunos historiadores de la apendicitis acreditan a **Jean Fernel**, médico de la corte de **Catherine de Medici**, el haber realizado la primera publicación en el año de 1544. Es inconfundible la descripción de perforación apendicular con absceso realizada en 1711 por **Lorenz Heister**, en un criminal que había sido ejecutado cuando escribió (8):

* Médico Residente Postgradista, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo

** Médico Residente Postgradista, Universidad de Guayaquil. Hospital Dr. Teodoro Maldonado Carbo

"Próximo a mostrar el intestino grueso encontré el apéndice vermiforme del ciego prematuramente negro. Cuando estaba a punto de separarlo, sus membranas se abrieron y descargaron dos o tres cucharadas de materia. Es probable que esta persona tuviera cierto dolor en esa región.

Sin embargo, **Heister**, no atribuyó el apéndice como sitio primario de la formación de absceso apendicular (11).

En el año de 1759 el cirujano parisino **Meistivier** (2), reportó una autopsia en un hombre de 45 años de edad, quien murió posteriormente al drenaje de un absceso en el cuadrante inferior derecho. **Meistivier** describió la perforación del apéndice por un alfiler y, él atribuyó al absceso la causa de la perforación. Esta descripción corresponde a la segunda inequívoca identificación del apéndice como sitio de enfermedad.

En 1824, **Louyer-Villermay** hizo una presentación en la Real Academia de Medicina en París titulada "**Observations of use in the inflammatory conditions of the cecal appendix**", en la cual describió dos ejemplos de apendicitis aguda que habían llevado a la muerte. En ambos casos, en la necropsia el apéndice se halló negro y gangrenoso, mientras que el ciego estaba escasamente involucrado. Tres años más tarde estas observaciones fueron confirmadas por **Melier**, quien adicionó seis casos. En una de las autopsias sospechó como causa primaria de la muerte la presencia de apendicitis; sugiriendo en el año de 1827 la posibilidad de la remoción quirúrgica del apéndice. Desafortunadamente, en este estadio el cuadro patológico se oscureció influido por la ignorancia del **Barón Guillaume Dupuytren** (15) quien no reconocía el apéndice como causa de enfermedad inflamatoria del cuadrante inferior derecho, continuando la creencia de que el proceso comenzaba alrededor del ciego; fue **Goldbeck** y **Albers** quienes inventaron el término "**Typhlitis-perityphlitis**", prolongando la controversia, con lo cual se retardó mucho el progreso de la comprensión de esta enfermedad (11).

En el volumen I del libro titulado "**Elements of Practical Medicine**" publicado en 1839, **Bright y Addison**, el gran médico del Guy Hospital, claramente describió la sintomatología de la apendicitis y los diferentes estados del apéndice cecal en el proceso inflamatorio de la fosa iliaca

derecha. El tratamiento quirúrgico no fue mencionado. En la literatura europea, **Votz**, en 1846, comenzó a identificar al apéndice cecal como sitio de origen de la enfermedad inflamatoria del cuadrante inferior derecho. Los términos "**tiflitis**" y "**peritiflitis**" continuaron en uso hasta fines del siglo XIX.

Durante una conferencia ante una distinguida audiencia realizada el 18 de junio de 1886, el Doctor **Reginald H. Fitz**, profesor principal de Anatomía Patológica de la Escuela de Medicina de Harvard, leyó un documento titulado "**Perforating Inflammation of the Vermiform Appendix; UTT Special Reference of its Early Diagnosis and Treatment**". En este documento, **Fitz** enfatiza que la enfermedad inflamatoria del cuadrante inferior derecho comienza en el apéndice; también realizó una descripción lúcida y lógica de los aspectos clínicos y describió en detalle los cambios patológicos de la enfermedad y fue el primero en usar el término "**apendicitis**". Escribió (11):

"En muchos casos fatales de tiflitis, el ciego está intacto mientras que el apéndice está ulcerado y perforado. No debe dudarse en abrir de inmediato. Para que éste tratamiento de algún buen resultado debe aplicarse tempranamente".

La primera remoción quirúrgica del apéndice cecal ocurrió en diciembre de 1735 y fue llevada a cabo por **Claudius Amyand** (1, 2, 3, 5, 9, 10, 11, 18), cirujano de los hospitales Westminster y Saint George y cirujano Sargento de Jorge II, el cual operó a un niño de 11 años de edad quien presentaba una gran hernia escrotal derecha acompañada por una fistula. Dentro del escroto halló el apéndice perforado por un alfiler. El apéndice cecal fue ligado y todo o, más probablemente, parte de él fue resecado con la recuperación del paciente.

El uso de grandes dosis de opio en el tratamiento de la enfermedad inflamatoria intra-abdominal, condición que fue introducida en 1838 por **Stokes de Dublín**, y luego utilizado como tratamiento estándar fue continuado por cirujanos más de 50 años después (2).

En 1880, **Lawson Tait, de Birmingham** (4), quizás el cirujano abdominal pionero de Gran Bretaña, operó a una muchacha de 17 años de edad a la cual extirpó el apéndice gangrenado. La paciente se

recuperó. Esta intervención no fue reportada sino hasta 1890.

La aceptación de la apendicectomía como tratamiento fue ejecutado en 1883 por **Abraham Groves de Fergus Ontario**. Groves fue el hijo de un inmigrante irlandés de **County Wicklow**; el 10 de mayo de 1883, él observó a un muchacho de 12 de años de edad, con dolor e hiperestesia en el cuadrante inferior derecho; **Groves** aconsejó realizar una intervención quirúrgica para remover el apéndice inflamado. El muchacho se recuperó. Aunque **Groves** escribió varios artículos científicos, él no reportó este caso sino hasta cuando lo mencionó en su autobiografía publicada en 1934 (14).

Un acceso extraperitoneal del apéndice con remoción externa de un fecalito es establecido (incorrectamente) como la primera apendicectomía para apendicitis aguda realizada por **R. J. Hall** en el año de 1886 (11).

Henry Sands, quien fuera médico asistente de **Willard Parker**, reportó una operación a un paciente con apendicitis, el cual removió dos fecalitos, y cerró la perforación del apéndice con suturas. Si bien el paciente se recuperó, **Sands** murió poco tiempo después de reportar esta operación. **Thomas G. Morton de Filadelfia**, en el año de 1887, también describió un caso de apendicitis con drenaje de un absceso; lo irónico fue que su hermano y su hijo murieron de apendicitis.

Dos años más tarde, **Charles McBurney de New York**, se convirtió en el pionero del diagnóstico e intervención quirúrgica tempranos y también diseñó la incisión que ahora lleva su nombre (6). La intervención temprana fue popularizada aún más por las enseñanzas de **Murphy** en Chicago. Ambos cirujanos fueron los pioneros en la extirpación del apéndice antes de que pudiera producirse la perforación.

En 1848 **Hancock** comunicó el primer caso de apendicitis como complicación del embarazo. Diez días después del parto prematuro se drenó un absceso apendicular y la paciente se recuperó. Otro reporte de apendicitis como complicación del embarazo data de una monografía de **Wiggins** en el año de 1892.

La recomendación de la apendicectomía incidental en cirugía ginecológica y obstétrica fue efectuada por **Fischer** en 1909 y por **Goldspohn** en 1911 (22).

La primera apendicectomía incidental durante cirugía vaginal fue reportada en 1949 por **Bueno** en España, quien comunicó tres casos de apendicectomía incidental en el momento de una histerectomía vaginal (22).

La técnica operatoria usada para la apendicectomía nunca estuvo completamente estandarizada. Incisiones verticales en la línea media en casos más tempranos fueron utilizadas, pero la exposición no era la adecuada (16).

La incisión descrita por **William Henry Battle del Saint Thomas Hospital de Londres** en 1897 era una incisión vertical lateral a través del borde de la vaina del recto derecho. Debido a ello la denervación del músculo recto abdominal fue común. La incisión muscular lateral o “en parrilla” fue generalmente mencionada como la incisión **McBurney**, la cual fue usada simultáneamente por el Doctor **Lewis L. McArthur de Chicago** y presentada en la Sociedad Médica de Chicago en junio de 1894. La descripción de **McBurney** fue descrita en el **Annals of Surgery en julio de 1894, vol. 20:38-43**. Si bien **McBurney** concedió prioridad a la incisión de **McArthur**, el uso del término “**incisión de McBurney**” continuó en uso (6). Fue **J. W. Elliot de Boston** quien el año de 1896 describió la incisión transversa de la piel (16).

En 1905 **A. E. Rockey de Pórtland Oregon**, es a quien comienza a adjudicarse la incisión transversa para las intervenciones quirúrgicas de la parte baja del abdomen.

Rockey describe la división vertical de la capa muscular y no hace mención a la divulsión muscular. Un año después, **Gwilym G. Davis de Filadelfia**, también se adjudica la incisión transversa en la piel, pero divide la porción lateral de la vaina de los rectos y la extiende lateralmente por corte del oblicuo externo y divulsión del oblicuo interno en dirección transversal de sus fibras. Ninguno de ellos: **Rockey ni Davis**, mencionaron el papel de **Elliot** (12).

El manejo del muñón apendicular fue controvertido por años, mereciendo significativa atención. **Fowler** describió el método de invaginación, el cual se volvió enteramente popular en 1895. **Dawbarn** sugirió el uso de sutura en bolsa de tabaco sin ligadura del muñón apendicular dentro del ciego, pero el método fue abandonado en 1926 por los frecuentes reportes de hemorragia postoperatoria (20).

La utilización de métodos de "esterilización" del muñón apendicular por agentes químicos o cauterio fácilmente se volvió popular, los cuales fueron comentados por **Nelly** en 1905 (12).

Actualmente, el amplio uso de técnicas laparoscópicas por parte de los cirujanos generales ha cambiado el abordaje quirúrgico de muchas patologías; la apendicectomía es el procedimiento más común de cirugía general de emergencia (13).

La apendicectomía fue el primer procedimiento gastroenterológico practicado por vía laparoscópica por un ginecólogo de Kiev, **K. Semm** en 1983 y **Sreiber** fue el primero en informar la extirpación laparoscópica del apéndice en apendicitis aguda (1, 9, 10). Durante muchos años esta técnica no se expandió, debido en gran parte a la pobre comunicación existente entre especialistas de diferente orientación. Esto ocurrió sólo después del auge de la colecistectomía laparoscópica, en una etapa de comunicaciones extensas y significativas.

Los decesos que ocurren en caso de apendicitis se producen en los extremos de la vida, es decir, en lactantes o en ancianos y se asocian con demora en el diagnóstico y la presencia de una peritonitis avanzada (7).

También se asocia con pacientes que sufren otras patologías médicas serias, particularmente enfermedad miocárdica, respiratoria o SIDA (21).

Clínicamente algunos casos ceden y parecen resolverse espontáneamente. En el diagnóstico temprano de apendicitis aguda las pruebas de laboratorio son de escaso valor. Hasta un tercio de los pacientes, particularmente en los extremos de la vida, tienen recuento leucocitario normal durante la apendicitis aguda. El hecho más importante a recordar al considerar el diagnóstico de apendicitis

es que los hallazgos clínicos tienen la mayor preponderancia sobre las pruebas de laboratorio.

El examen radiológico del abdomen ayuda poco en el diagnóstico diferencial de la apendicitis aguda, con raras excepciones (21).

Las excepciones son cuando puede demostrarse un fecalito y cuando se están excluyendo otros diagnósticos como los de colecistitis aguda, úlcera duodenal perforada, cáncer de colon perforado, diverticulitis aguda o pielonefritis.

El examen con enema de bario, aunque no está indicado en casos en que el diagnóstico de apendicitis aguda basado en la clínica resulte evidente, puede ser útil en mujeres jóvenes en las que el diagnóstico todavía es dudoso después de horas de observación; la falta de hallazgos durante la laparotomía es elevada en este grupo de pacientes.

Todavía no se han establecido firmemente la utilidad de otras modalidades de diagnósticos radiológicos como la Tomografía Axial Computarizada (TAC), la ultrasonografía y las imágenes por Resonancia Magnética Nuclear (RMN), en el diagnóstico temprano de apendicitis aguda.

Conclusión

Desde su descripción anatómica en el año de 1521 por **Berengario DaCarpi** y los informes aislados de apendicectomías efectuados desde 1736 en adelante, es evidente que esta patología que es el trastorno quirúrgico más frecuente del abdomen, ha sido afectada por el curso de la historia. La disminución progresiva de la mortalidad se ha realizado como resultado, entre otros factores, de una disminución importante de su frecuencia, mejor diagnóstico y tratamiento, atribuible a nuevas técnicas y procedimientos quirúrgicos, líquidos intravenosos, sangre y plasma disponibles hoy en día y a un porcentaje más alto de pacientes que reciben tratamiento antes de la perforación.

Finalmente, aunque el espectro de la patología apendicular puede variar desde abscesos localizados, peritonitis fulminante, etc., el mecanismo determinante para el curso individual de cada paciente aún es desconocido.

Referencias bibliográficas

1. Antozzi MN, Zueedyk MJ: Apendicitis perforada. En Cueto Cirugía Laparoscópica. 2ª ed, 218-20, 1988
2. Bailey H, Bishop W: Notable Names in Medicine and Surgery. London, 43-45, 1959
3. Berne TV, Ortega A: Apendicitis y absceso apendicular. En Nyhus El Dominio de la Cirugía. 3ª ed, II: 1520-1524, 1999
4. Bernhard CM: Dr Ephraim McDowell: father of abdominal surgery. Ann Surg 46:1-5, 1980
5. Bett WR: A Short History of Some Common Diseases 162-171, 1934
6. Brooks SM: McBurney's Point The Story of Appendicitis, 1959
7. Calzareto J: Patología apendicular. En Calzareto Coloproctología Práctica. Clínica y cirugía. 1ª ed, 603-16, 1990
8. Crosby WH, Haubrich WS: The death of Walter Reed. JAMA 248:1342-45, 1982
9. Cueto J, et al: Apendicectomía. En Cirugía Laparoscópica de Cueto. 2ª ed, 213-18, 1998
10. De Manzini N, et al: Apendicectomía. En Cirugía Laparoscópica de Meinero 339-45, 1994
11. Ellis H: Apéndice. En Maingot, Operaciones Abdominales. 8ª ed, II: 1224-54, 1986
12. Finochietto E, Finochietto R: Manipuleo del tubo gastrointestinal. En Finochietto, Técnica Quirúrgica 62-70, 1946
13. Fitzgibbons RJ, Ulualp KM: Apendicectomía laparoscópica. En Nyhus, El Dominio de la Cirugía. 3ª ed, II: 1525-1532, 1999
14. Harris CW: Abraham Groves of Fergus; the first elective appendectomy?. Can J Surg 4: 405-10, 1961
15. Lindskog GE: Guillaume Dupuytren, 1777 to 1835. Surg Gynecol Obstet 145:746-54, 1977
16. Mcade RH: The evolution of surgery for appendicitis. Surgery 55: 741-52, 1964
17. Osorio E: Harvey Cushing a la búsqueda de Vesalio. Diálogo 2 (1): 6-20, 1992
18. Schwartz SI: Apéndice. En Schwartz: Principios de cirugía. 6ª ed, II, 1995
19. Seal A: Apendicitis: a historical review. Can J Surg 24: 427-433, 1981
20. Shepherd JA: Acute apendicitis a historical survey. Lancet 2: 299-302, 1954
21. Telford GL, Condon R: Apéndice. En Zuidema Cirugía del Aparato Digestivo. 3ª ed, IV: 166-177, 1993
22. Thompson JD: El apéndice vermiforme en relación con la ginecología. En Te Linde. 7ª ed, 907-920, 1993

Dr. William Hurtado Ríos
Teléfono: 593-04-2349158-2515151

