

APENDICITIS: CORRELACIÓN CLÍNICO - PATOLÓGICA

Revisión de 100 Casos Operados en el Hospital "San Felipe"

Dr. RAÚL DURON M. (*) Dr. FRANCISCO MONTES G(**)

INTRODUCCIÓN

Siempre ha llamado la atención en los Departamentos de Patología, el gran número de apéndices normales que se reciben extirpados con el diagnóstico erróneo de apendicitis. Ha sido nuestra intención cotejar el cuadro clínico con los hallazgos microscópicos en los apéndices extirpados con el diagnóstico de apendicitis en un medio hospitalario de asistencia gratuita como lo es el Hospital General San Felipe, eliminando así los factores de diversa índole que pudieran influir en el ánimo de los cirujanos ante un cuadro abdominal que simulase una apendicitis, si de pacientes de clientela privada se tratase.

Veamos lo que dice la literatura reciente en los Estados Unidos; MUELLER ⁽¹⁾, en 1945 en un estudio de 1481 casos de apendicitis aguda diagnosticados clínicamente, encontró que muchos de los apéndices extirpados con este diagnóstico fallaron de ser diagnosticados así, después de seccionados en el Departamento de Patología.

AYCOCK ⁽²⁾, en 1945 encontró 143 apéndices reportados como esencialmente normales en una serie de 1007 casos de apéndices extirpados con el diagnóstico clínico de apendicitis aguda, o sea un 14.2% de error diagnóstico.

Según CULOÏTTA ⁽³⁾, en 1957 de una serie de 492 pacientes explorados con diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda, en el 15.8% no se encontraron hallazgos anormales abdominales en la operación. En dos de estos pacientes se observó más tarde que habían tenido una neumonía y otra acidosis diabética. En 4 casos (0.8%) se encontró: uno colitis amibiana, otro colitis de origen, indeterminado, otro endometriosis y un último de ruptura del folículo ovárico. El 4.8% tenían otras enfermedades abdominales agudas que simulaban

(*) Patólogo, Departamento de Anatomía Patológica. Hospital San Felipe, Tegucigalpa, Honduras, C. A. (**■) Médico Interno Casa de Salud La Policlínica. Tegucigalpa, Honduras.

apendicitis, en las cuales la intervención quirúrgica estaba indicada, aunque el diagnóstico preoperatorio fuera erróneo. De estos casos, la tercera parte correspondía a patología del abdomen superior, siendo la úlcera perforada la más común. El error diagnóstico total fue de un 21,3% y el diagnóstico correcto de 78-7%.

En la literatura latinoamericana encontramos:

MARCASOLI ⁴), en 1955 dice: Si repasamos la clínica vemos que en lo que se refiere al diagnóstico de apendicitis crónica hay muchos vacíos y puntos pocos claros Y aún en nuestros días, el médico ve a diario gran cantidad de cicatrices por apendicectomía, donde aún persisten las molestias por la fosa iliaca derecha. ¿Qué quiere decir esto entonces? que a pesar de la clínica, el laboratorio y todos los medios de que disponemos para arribar a un diagnóstico, desgraciadamente no los poseemos para las apendicitis crónicas. Mucho se debe esto a que no tengamos un signo casi patognomónico y a que esta enfermedad remede tantas otras y se nos presenta a veces con una sintomatología tan vaga, que desorienta al más sagaz de los galenos. Otras veces quizás, apresuramos demasiado el diagnóstico al comprobar una fosa iliaca dolorosa y así enviamos a la mesa de operaciones a un enfermo que la apendicectomía nada remediará y sus molestias seguirán haciéndolo deambular por consultorios Y hospitales.

En Honduras poco se ha escrito acerca de los diversos problemas a encarar con relación a la apendicitis:

LOZANO ¹¹), en 1957 en un estudio de 151 casos de operación por apendicitis aguda haciendo un análisis sobre el uso de diversos medicamentos quimioterápicos y antibióticos, encontró que el 100% de sus casos eran agudos, de los cuales el 31.1% eran perforados y el 15.9% gangrenosos. Pero estos diagnósticos no fueron corroborados en cortes histológicos.

Comprendemos que nuestro estudio sólo abarca 100 casos Y deberá ser ampliado en el futuro con un número mucho mayor. Sin embargo, trataremos de establecer en la medida de lo posible los porcentajes de exactitud e inexactitud del diagnóstico clínico en estos casos y tratar de establecer las causas de error en los que fallaron ser diagnosticados correctamente.

MATERIAL Y MÉTODOS

Nuestro estudio comprende la revisión de 100 apéndices en los cuales se hizo diagnóstico clínico de Apendicitis Aguda o Crónica aceptando el diagnóstico de Apendicitis Crónica solamente como entidad clínica, los cuales fueron llevados a sala de operaciones con tal diagnóstico, en un período comprendido entre el 15 de diciembre de 1953 al 5 de septiembre de 1957. Eliminamos de hecho los casos de apendicitis aguda comprobados macroscópicamente en Sala de Operaciones, pero en los cuales no se hizo estudio histológico.

De los preparados histológicos solamente aceptamos aquellos en los cuales se podía hacer un estudio sin tropiezos por defectos técnicos. El estudio clínico de estos casos, según se desprende de

las hojas clínicas fue en su mayoría deficiente, sobre todo en los casos de urgencia, en los cuales faltan datos de laboratorio y datos clínicos importantes, sobre todo cuando se trataba de mujeres.

Para la clasificación patológica nos ceñimos a la de Anderson (G), y aceptamos los siguientes diagnósticos como patológicos:

Apendicitis Aguda Simple
Apendicitis Purulenta con perforación
Apendicitis Purulenta sin perforación
Gangrena del Apéndice.

Cuando las lesiones inflamatorias no eran muy marcadas, hicimos el diagnóstico de Apendicitis Mínima. No aceptamos como diagnóstico el término Apendicitis Crónica.

El término fibrosis del apéndice lo empleamos cuando había reacción fibrosa apreciable con o sin obliteración del lumen por esta causa y generalmente asociado a atrofia parcial del órgano. Si esto representa o no secuelas de ataques antiguos de apendicitis, o representen hipotrofia o atrofia congénita del órgano secundario a procesos extra-apendiculares, estuvo fuera de nuestro alcance determinarlos.

Los casos en los cuales encontramos huevos de parásitos o parásitos adultos pequeños en el lumen del apéndice los rotulamos ya como parasitismo intestinal o como parasitismo apendicular asociado o no a apendicitis, según fueran acompañados o no de reacción inflamatoria de las capas del órgano.

Todos los casos en que no encontramos absolutamente signos microscópicos de inflamación aún en presencia de huevos de parásitos o parásitos pequeños en el lumen del órgano o de fibrosis en ninguna de las capas del apéndice preferimos agruparlos bajo el término de N.D.P. (No Demostrable Patología), en vez de apéndices esencialmente normales, porque creemos que para afirmar categóricamente ausencia de patología en un apéndice, y esto lo hacemos extensivo a toda otra clase de biopsias, deberían hacerse cortes seriados de toda la longitud del órgano, lo cual bajo todo punto de vista es impráctico e inoportuno. La política de nuestro Departamento de Patología respecto a los apéndices macroscópicamente normales, es hacer dos cortes de ellos, uno en una unión del tercio superior con el tercio medio y otro en la unión del tercio distal con el tercio medio. En los apéndices francamente patológicos un solo corte de la zona anormal es suficiente.

La revisión microscópica se hizo cuidadosamente en todos los apéndices capa por capa, incluyendo el examen de la materia contenida en el lumen (*) por la posible presencia de huevos de parásitos que pudieran haber pasado desapercibidos en exámenes previos.

(*) Se entiende que este examen fue hecho en preparados histológicos. Nuestro estudio deberá ser ampliado en el futuro con exámenes coproparasitológicos y bacteriológicos del contenido apendicular en fresco, antes de ser remitidos los apéndices al Departamento de Patología.

RESULTADOS

SÍNTOMAS PREDOMINANTES EN LOS IQO CASOS ESTUDIADOS

Se enumeran a continuación los síntomas que predominaron en los cuadros apendiculares estudiados, por orden de frecuencia:

1. Náusea y vómito.
2. Dolor inicial en fosa ilíaca derecha o de fijación secundaria en la misma.
3. Fiebre.
4. Dolor inicial en región epigástrica o umbilical.
5. Sensación de adormecimiento en miembro inferior derecho.
6. Estreñimiento.
7. Dolor lumbar.
8. Dolor inicial abdominal difuso.

RESULTADOS DE LOS RECuentOS EN CÉLULAS BLANCAS EN LOS 100 CASOS

Entre 5 y 8.000 por m.c.	26
Entre 8 y 10.000 por m.c.	16
Entre 10 y 20.000 por m.c.	43
Sin recuento globular	■ 15
TOTAL	100

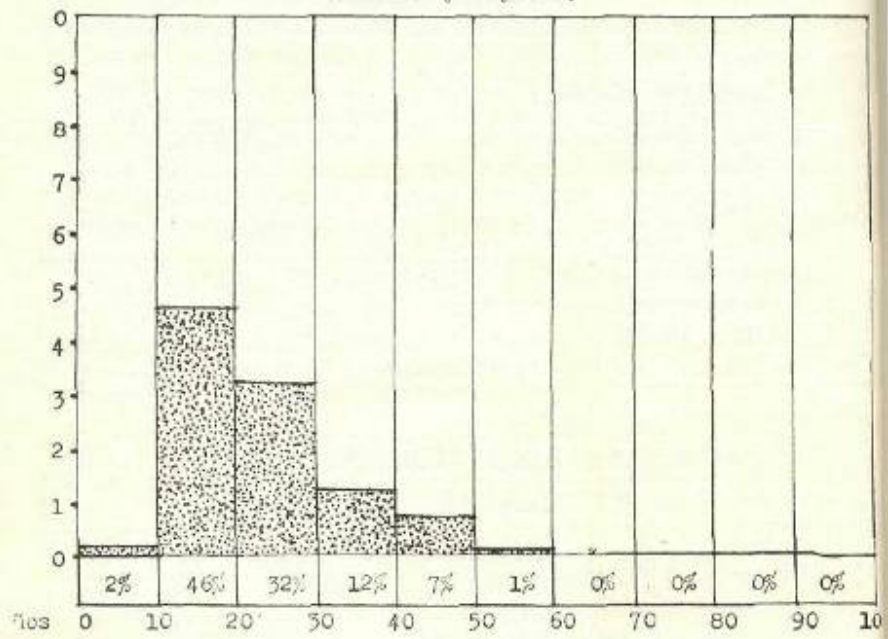
De los 100 casos que se estudiaron corresponden a-

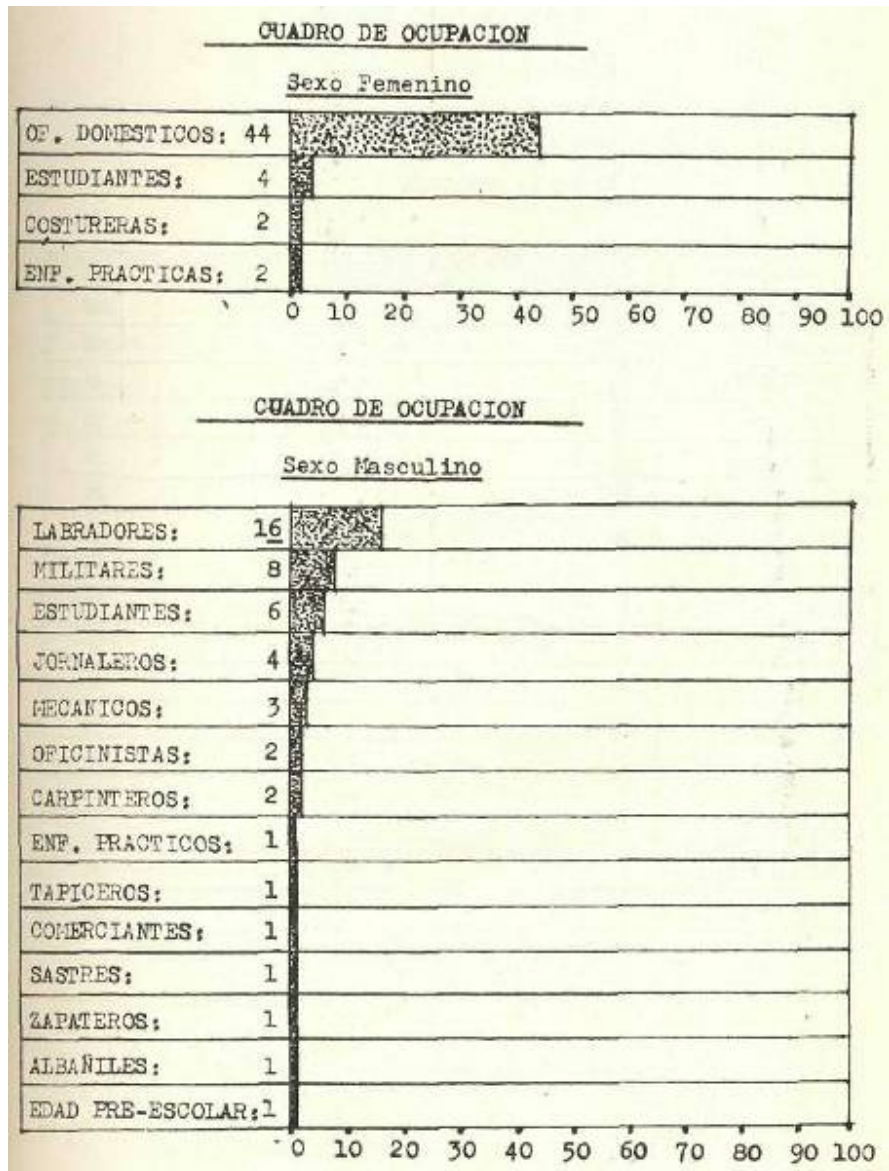
Sexo femenino	52
Sexo masculino	48

53 casos se operaron de urgencia 47
casos no de urgencia.

De los 100 casos, en 31 se encontró Parasitismo Intestinal, de los cuales 19 estaban asociados con patología apendicular y 12 sin patología apendicular.

CUADRO DE EDAD
(Hombres y mujeres)





CUADRO DE PROCEDENCIA

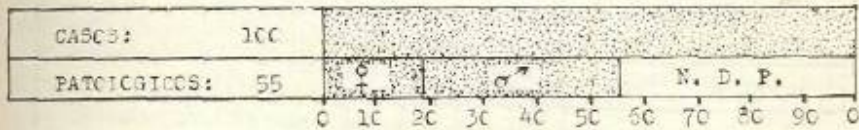
F. MORAZAN:	65		65%
VALLE:	10		10%
OLANCHO:	8		8%
CHOLUTECA:	4		4%
COMAYAGUA:	3		3%
EL PARAISO:	3		3%
ATLANTIDA:	2		2%
SANTA BARRARA:	2		2%
CORTES:	1		1%
YORO:	1		1%
LA PAZ:	1		1%
LEMPIRA:	0		0%
OCOTEPEQUE:	0		0%
COPAN:	0		0%
INTIBUCA:	0		0%
COLON:	0		0%
GRACIAS A DIOS:	0		0%
ISLAS DE BAHIA:	0		0%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

CLASIFICACION CLINICO PATOLOGICA DE NUESTROS 100 CASOS

Apéndice Agudas 36 (parasitarias 3)	}	Aguda simple 11
		" perforada 7
		" gangrenosa 10
		" purulentas 8
Apéndice Crónicas 13	}	Agudizadas 4
		Fibrosis del apéndice 8
		Plastrón apendicular 1
Periapendicitis 5	 5
Mucocele 1	 1
Apéndices N.D.P. 45(*)	 45
		TOTAL.....100

APÉNDICES PATOLÓGICOS



MUJERES

Clasificación

Apéndices Agudos Francos	7
Apéndices con lesiones predominantes de Fibrosis e Infiltrados Inflammatorios Mixtos	6
Apéndices con lesiones predominantes de Periapendicitis	4
TOTAL	18

Edad de Pacientes:

Entre 15 y 18 años	4
Entre 20 y 28 años	8
Entre 31 y 39 años	4
1 caso de 45 años	1
1 caso de 53 años	1
TOTAL	18

(*) De estos 45, 8 presentaban como hallazgos incidentales: Parasitismo Intraluminal 4, Cuerpo extraño intraluminal (Pelo humano) 1, Hemorragia intraluminal 2, Reacción eosinofílica de mucosa 1.

H O M B R E S

Clasificación:

Apéndices Agudos Francos	32
Apéndices con lesiones de Fibrosis y de apendicitis mínima	4
Apéndices con lesiones predominantes de Pariapendicitis	1
TOTAL	37

Edad de los Pacientes:

Entre 7 y 10 años	2
Entre 15 y 20 años	8
Entre 21 y 30 años	14
Entre 32 y 40 años	7
Entre 41 y 48 años	6
TOTAL	37

APENDICES N. D. P.

H O M B R E S

Edad de pacientes:

Entre 14 y 19 años	9
Entre 21 y 28 años	2
TOTAL	11

De estos 11 pacientes se operaron de urgencia 4 y no urgencia 7

M U J E R E S

Edad de pacientes:

Entre 14 y 19 años	23
Entre 21 y 29 años	10
Un caso de 36 años	1
TOTAL	34

De estas 34 pacientes se operaron de urgencia 13 y no urgencia 21

COMENTARIOS Y RECOMENDACIONES

La incidencia de signos y síntomas abdominales provocando un cuadro apendicular en nuestros casos, fue ligeramente predominante en pacientes de sexo femenino.

Los casos operados de urgencia habían sido diagnosticados como Apendicitis Aguda. Los que no se operaron de urgencia, habían sido diagnosticados ya como Apendicitis Crónica o como Apendicitis Sub-Aguda, a excepción de 11 casos que presentaban sintomatología aguda.

■ La mayor incidencia de cuadros clínicos apendiculares se presentó en pacientes entre 2^a y 3^a décadas de la vida, lo cual está de acuerdo con diversas estadísticas al respecto.

El 65% de estos pacientes pertenecían al Departamento Francisco Morazán, lo cual explicamos al suponer que ante un cuadro apendicular agudo, el paciente recurre al medio hospitalario más próximo donde probablemente es intervenido sin demora.

MANN (7), dice que: el porcentaje de apéndices agudamente enfermos quitados, comparados con el número total de apéndices quitados (Patológicos e Incidentales), habiendo mostrado elevación sustancial durante los últimos tres años, pareciera indicar que los Pacientes con apendicitis aguda, son operados más temprano en el curso de su enfermedad, tal vez porque el paciente está mejor educado que antes y busca al médico más temprano.

Pareciera que la sintomatología de cuadro apendicular agudo o crónico no tiene ninguna relación con la ocupación del paciente. Solamente el 36% de nuestros casos cotejaron el cuadro clínico en los cuales se hizo diagnóstico de Apendicitis Aguda, cualesquiera de sus tipos y donde efectivamente el examen histológico confirmó dicho diagnóstico.

Anteriormente dijimos que bajo el punto de vista patológico, el diagnóstico de apendicitis crónica es discutido, no siendo aceptado por la mayoría de los patólogos. En 13 de nuestros pacientes encontramos lesiones de fibrosis, 8 de ellas sin infiltrado inflamatorio; por razones técnicas y didácticas clasificamos estos 13 casos como Apendicitis Crónicas. Hemos de advertir, sin embargo, que los 8 casos de fibrosis pura del órgano, posiblemente no provocaban síndrome clínico de apendicopatía y en los cuales sería menester investigar también patología extra apendicular de proximidad para explicar la sintomatología acusada.

BOCKUS (8), al respecto dice: que no es probable que las lesiones fibrosas del apéndice causen síntomas en ausencia de una inflamación aguda o de una periapendicitis. La extirpación de un apéndice que no presente estas últimas lesiones, rara vez conduce a la desaparición permanente de los síntomas.

Lo más sorprendente de nuestro estudio fue haber encontrado un 45% de apéndices en los cuales a pesar de haber existido síndrome clínico de apendicopatía, el examen histológico no mostró absolutamente patología del órgano, ni siquiera fibrosis. Resulta entonces evidente que la síntoma-

tología acusada por estos 45 pacientes no era debida a patología apendicular.

Es interesante el hecho de que 34 de estos pacientes pertenecieron al sexo femenino, y sólo una tercera parte al sexo masculino.

La revisión clínica de los 11 pacientes del sexo masculino arrojó algunos datos que quizás tengan valor en la evaluación de su sintomatología, seis de ellos presentaban parasitismo intestinal comprobado en el laboratorio o en cortes histológicos; en 3 pacientes el examen clínico no arrojó ninguna luz sobre la posible causa de sintomatología y los dos restantes eran militares: ¿Simulación?

La revisión clínica en las 33 mujeres sin lesiones apendiculares fue desgraciadamente incompleta, puesto que para nosotros esto constituye el punto más interesante de este trabajo, ya que el total de estos casos se presentaron entre la 2o. y 3^{er} décadas de la vida, es decir, en pleno período de procreatividad. De los pocos datos que pudimos obtener al revisar las hijas clínicas de estas pacientes, hicimos ciertas deducciones lógicas de posible patología extra-apendicular: Parasitismo Intestinal 8; Hidrosalpix 1, (hallazgo operatorio) posible salpingitis 1 (paciente presentaba flujo blanco); Quiste ovárico 1, (hallazgo operatorio) Hemorragia de Cuerpo Amarillo 7; Mittelschmerz 3; en el resto no fue posible encontrar datos clínicos ni de laboratorio que arrojaran alguna luz sobre la exacta patología. La razón de esto estriba quizás en que el cirujano ve tan claro el cuadro apendicular, sobre todo en mujeres que recién inician su actividad menstrual, que no se molesta en hacer un análisis clínico más detenido y prescinde del laboratorio llevando a estos pacientes a la sala de operaciones, de urgencia, muchas veces sin ordenar siquiera un recuento de glóbulos blancos.

Nosotros creemos que en este grupo de edad de pacientes del sexo femenino ante la presencia de dolor en fosa ilíaca derecha, hay muy probablemente ausencia de patología apendicular y se deben enfocar más nuestros medios diagnósticos hacia los órganos anexiales derechos que en este tiempo se encuentran en pleno estado de actividad fisiopatológica.

TANIGUCHI (9), dice que: en el ciclo normal de la actividad ovárica, la ruptura del folículo de Graff, es un proceso fisiológico pero la ruptura del cuerpo lúteo es patológica y va acompañada de hemorragia activa. La hemorragia puede ser profusa y exanguinante. La causa exacta de 3a ruptura es desconocida, pero dilatación quística con incremento de la presión interna parece ser la causa fundamental. El factor precipitante que causa la ruptura es variable y frecuentemente difícil de determinar. Se sabe que la ruptura puede ocurrir durante el sueño, durante el trabajo cotidiano, durante el coito, durante el examen pélvico bimanual y después de un golpe en el abdomen.

El cuerpo lúteo puede romperse en cualquier tiempo de procreatividad, desde la pubertad a la menopausia, pero la incidencia más alta ocurre en los adultos jóvenes entre los 18 y 35 años.

Mientras que la ruptura folicular mejor conocida con el nombre de «MITTELSCHMERZ» es bien conocida, la ruptura del cuerpo lúteo,

que ocurre característicamente durante la segunda mitad del ciclo menstrual, parece que es pobremente apreciada como entidad clínica. Hasta 1937, prácticamente en todos los casos reportados en la literatura, esta condición fue equivocadamente diagnosticada preoperativamente ya como apendicitis aguda o como embarazo ectópico. La rápida instalación de síntomas de hemorragia intraperitoneal en cualquier mujer durante su período procreativo en la segunda mitad del ciclo menstrual, debe inducir al cirujano a sospechar la ruptura del cuerpo lúteo.

PRATT ⁽¹⁰⁾, dice que de 1.970 operaciones de emergencia realizadas en la clínica Mayo, de 1945 a 1949, el 47% fueron hechas con diagnóstico de apendicitis aguda; el 14% por lesiones ginecológicas, de las cuales la mitad fueron abdominales; de éstas, a su vez, casi la mayoría eran hemorragias intraperitoneales. La causa más común de estas hemorragias abdominales era embarazo ectópico, y la segunda más común era ruptura del cuerpo lúteo.

Casi todas estas emergencias fueron llevadas a la Sala de Operaciones con diagnóstico de Apendicitis Aguda o de Embarazo Ectópico.

Cuando el «Mittelschmerz» se diagnostica clínicamente, el tratamiento es conservador y el paciente debe tenerse en observación porque ocasionalmente la hemorragia puede ser severa. Si el diagnóstico se encuentra entre Apendicitis y Mittelschmerz, entonces debe hacerse Laparatomía exploradora y solamente que se encuentre hemorragia de cantidad suficiente que sugiera embarazo ectópico, la operación debe hacerse sin demora.

Novak no está de acuerdo en que el término «Mittelschmerz» debe aplicarse a las rupturas del Cuerpo Lúteo y debe conservarse sólo para el Síndrome doloroso que ocurre en el momento de la ovulación, sin estar necesariamente asociado con hemorragia intraperitoneal.

BOCKUS ⁽⁸⁾, dice: que las mujeres jóvenes pueden sufrir con frecuencia dolor abdominal bajo, debido a una disfunción del ovario. Este diagnóstico se hace evidente por la existencia de una relación constante entre el dolor y determinado momento del ciclo menstrual, por la presencia de otros signos de disfunción endocrina, por el hallazgo de un ovario doloroso al tacto vaginal o rectal, practicado cuando se acusan molestias, y por la respuesta favorable a un tratamiento apropiado.

NOVAK ⁽⁹⁾, dice: que normalmente pueden haber hemorragias dentro de un Cuerpo Lúteo, en la segunda mitad del ciclo menstrual. Hay quistes persistentes del mismo, que dan dolor, tumoración palpable y metrorragias, que se pueden confundir en el diagnóstico con un Embarazo Ectópico o una apendicitis aguda.

• •

Estamos muy de acuerdo en que hay cuadros quirúrgicos de muy difícil diagnóstico Y en los cuales la expectación resultaría tal vez contraproducente, pero es nuestro deber recomendar ante la frecuente extirpación innecesaria de apéndices normales, haciéndolo extensivo a todo otro tipo de órganos, la creación en nuestro medio

de Comités de Patología en todos los hospitales privados o no, con el fin de revisar periódicamente las piezas operatorias extirpadas, para ir acostumbrándonos cada vez más a no emitir juicios diagnósticos superficiales y ahondar más en la clínica antes de someter los pacientes con cuadros dolorosos a operaciones tal vez innecesarias y de alto costo. Iríamos cumpliendo así el doble fin humanitario y científico de la medicina de todos los tiempos, hoy en día desgraciadamente muy comercializada.

R E S U M E N

Se hace una revisión microscópica de 100 apéndices extirpados con diagnóstico clínico de Apendicitis en un medio hospitalario de asistencia gratuita. En 55 de ellos se encontraron diversos tipos de lesiones patológicas del apéndice que justificaban la intervención quirúrgica. En los restantes (45) no se encontraron lesiones en las diversas capas del órgano. Los autores intentan en estos 45 casos, explicar la posible patología extrapendicular que provocaba la sintomatología. Creen que el mayor número de estos casos que ocurrieron en jóvenes del sexo femenino entre la 2° y 3° décadas de la vida, son debidos a procesos fisiológicos y fisiopatológicos localizados en órganos anexiales derechos. Recomiendan la creación de Comités de Patología en hospitales privados y gratuitos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. MUELLER, R. Sterling. The local use of Sulfanilamide in the treatment of Acute Appendicitis. *Annals of Surgery*, 123, 625:630, 1945.
2. AYCOCK, Thomas B. et al. Apendicitis: The possible effects of Sulfonamides on Mortality. *Annals of Surgery*, 121, 710:717, 1945.
3. CULOTTA, Ralph J. et al. Analysis of three hundred and eighty seven cases. *The American Surgeon*. 23, 356:361. 1957.
4. MARCASOLI, Héctor Alfredo. Un nuevo Signo en el Diagnóstico de las Apendicitis Crónicas. *Revista de la Confederación Médica Panamericana*. 2, 630:632, 1955.
5. LOZANO H., Ramiro y BERMUDEZ, Antonio. Apendicitis Aguda y Consideraciones sobre el uso Racional de los Diferentes Agentes Quimioterápicos y Antibióticos. *Análisis Estadístico y Resultados en ciento cincuenta y un casos*. *Revista Médica Hondureña*. 25, 94:105, 1957.
6. ANDERSON, Apendicitis. *Pathology*, Pag. 787, Second Edition, Mosby, St. Louis.
7. MANN, Lawrence S. et al. Incidente of acute Appendicitis. *The Journal of the International College of Surgeons*. 22, 456:458, 1954.
8. BOCKUS, Henry L. Apendicitis Crónica. *Gastroenterología*. Pag. 939, Tomo II. Primera Edición. Salvat Editores, S. A. Buenos Aires, República Argentina.
9. TANIGUCHI, Tokuso, et al, Surgical Emergencies resulting from Corpus Luteum Cyst and Hematomas. *Obs. & Gyn, Survey*. 67, 590:591. 1952.
10. PRATT, Joseph Hide et al. Surgical Diagnosis and Treatment of Acute Gynecologic Conditions. *Obs. & Gyn. Survey*. 11, 584:587, 1956.
11. NOVAK, Emil. *Gynecologic and Obstetric Pathology*, Pag. 324, Third Edition. W. B. Saunders. Company.