

Apendicitis aguda sin dolor o "El paraíso de los tontos". Caso clínico

Owen Korn

Painless acute appendicitis: "The fools' paradise". Report of two cases

The diagnosis of acute appendicitis has been based on the presence of right lower quadrant pain and guarding. Occasionally, the pain disappears, even in the presence of a continuing appendicular process. This phenomenon is called "the fools' paradise". We report two male patients aged 19 and 17 years with an acute appendicitis confirmed by an abdominal ultrasound in one and an abdominal CAT scan in the other, in whom the abdominal pain disappeared during the evolution. Despite of the absence of pain, both were operated, based on imaging and laboratory studies, confirming the presence of an inflamed appendix (Rev Méd Chile 2008; 136: 1559-63).

(Key words: *Appendicitis; Tomography scanners, x-ray computed; Ultrasonography)*

Recibido el 30 de octubre, 2007. Aceptado el 3 de abril, 2008.

Servicio de Emergencia, Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santiago de Chile.

La apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica abdominal más frecuente en nuestro medio así como en el mundo y se estima que 7% de la población la padecerá en algún momento de su vida¹. El diagnóstico de apendicitis aguda es fundamentalmente clínico y aunque hay casos en que la presentación es atípica, muchos pacientes se presentan con la semiología característica. La migración del dolor que finalmente se localiza en la fosa ilíaca derecha y que se pesquisa en la palpación del punto de McBurney, asociado a resistencia muscular local, hace que el diagnóstico de apendicitis aguda sea altamente probable¹⁻⁵.

Por el contrario, la experiencia clínica y los estudios de grandes series apuntan a que la ausencia del dolor y la resistencia muscular hacen muy incierto el diagnóstico^{6,7}. No obstante, los antiguos clínicos describían en la evolución de algunos pacientes con apendicitis aguda, un periodo en el cual los síntomas, en especial el dolor, desaparecían haciendo por supuesto poner en duda el diagnóstico y a este fenómeno lo llamaban el "Paraíso de los tontos"⁸. Esta particular evolución, no aparece mencionada en los textos actuales de patología y tampoco lo encontramos referida en la abundante literatura publicada sobre el tema de apendicitis aguda en las últimas décadas. A raíz de dos casos de apendicitis aguda confirmada y que fueron operados a pesar de haber desaparecido por completo el dolor abdominal al momento de la cirugía, resulta de interés evaluar este fenómeno, el que a la luz de estos casos, pareciera corresponder a algo más que

Correspondencia a: Dr. Owen Korn. Departamento de Cirugía, Hospital Clínico Universidad de Chile. Santos Dumont 999, Santiago. Fono Fax: 7775043.
E mail: okorn@redclinicauchile.cl

mitología quirúrgica y adquieren en esta revisión, una vigencia y relevancia no solo histórica, sino de indudable trascendencia clínica e incluso con alcances medicolegales.

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. PPV, 19 años, varón. Consultó en el Servicio de Emergencia del Hospital Clínico de la Universidad de Chile en la madrugada, tras más menos 16 h de evolución de un dolor abdominal vago que habría comenzado tras el desayuno, ubicado en la región periumbilical, era de baja intensidad, se mantuvo varias horas para luego localizarse en fosa ilíaca derecha. No hubo compromiso del estado general, pudo ingerir comida liviana, no tuvo vómitos pero sí algo de náuseas. Por la tarde consultó médico quien sospechó una apendicitis aguda. Le solicitó una ecotomografía, cuyo informe confirmó la sospecha. Con diagnóstico de apendicitis aguda se hospitalizó y al ingreso se consignó dolor espontáneo y a la palpación en fosa ilíaca derecha con signo de Blumberg. El paciente no fue operado durante la noche y a las 9 de la mañana, 24 h de evolución desde el inicio del dolor, fue visto por la visita médica y se presentó como una apendicitis aguda en espera de su resolución quirúrgica. Sin embargo, el paciente en ese momento refería ya no tener dolor abdominal y al ser examinado por tres cirujanos de experiencia (incluido este autor) no

se logró pesquisar dolor ni resistencia abdominal. El recuento de leucocitos del ingreso era de 9.300 GB por mm^3 , el paciente estaba afebril. Ante esto el paciente preguntó si va a ser operado. La visita médica desconcertada por la nueva condición, sugirió repetir la ecotomografía. Se discutió la utilidad de la misma, ya se contaba con una que era de buena calidad y que acreditaba el diagnóstico. Se decidió repetir el recuento de glóbulos blancos y reevaluar la situación. El nuevo recuento fue de 18.000 GB por mm^3 . Aun cuando el paciente persistía asintomático fue llevado a pabellón e intervenido practicándose la apendicectomía. El cirujano describió un apéndice inflamado en situación retroileal con escaso líquido citrino. El diagnóstico anatomopatológico confirmó una apendicitis aguda fibrino-purulenta con áreas de necrosis. La evolución postoperatoria fue sin incidentes.

Caso 2. CVM, 17 años, varón. Inició síntomas de dolor abdominal difuso, de gran intensidad que él atribuía a una trasgresión alimentaria. Se mantuvo en reposo y dieta, no refería vómitos ni diarrea; 24 h más tarde el dolor aún persistía pero de menor intensidad y se localizaba en abdomen bajo. Por la tarde de ese día consultó a médico quien solicitó una ecotomografía, la que no se realizó hasta el día siguiente. La descripción y conclusión fueron compatibles con apendicitis aguda, demostrando diámetros apendiculares de 11 y 8 mm (Figura 1), sensible, no deformable con aumento de ecogeni-

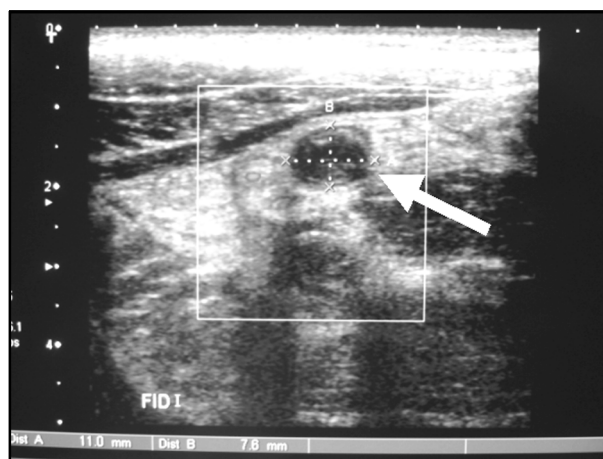


Figura 1. Ecotomografía caso 2, corte transversal del apéndice cecal mostrando diámetros de 11 y 7,6 mm (flecha).

cidad de la grasa adyacente (Figura 2). Con estos antecedentes consultó en el Servicio de Emergencia de nuestro hospital, quedando hospitalizado. Al ingreso el paciente refería poco dolor espontáneo y a la palpación, con un Blumberg esbozado. La temperatura axilar era de 37,2°C, la PCR de 79 (V.N. <10,0 mg/l) y el recuento de leucocitos de 6.700 GB x mm³. Fue reevaluado en sala, un par de horas después de su ingreso (56 h desde inicio del dolor), por el autor y otro colega, en presencia de los padres que se mostraron preocupados porque el paciente decía ahora no tener ningún dolor. Reinterrogado y reexaminado se constató ausencia de dolor y resistencia muscular, presentaba ruidos hidroaéreos normales, estaba afebril y el pulso era de 74 x'. El paciente estaba sentado en la cama y reclamaba porque tenía hambre. Reconociendo la actual condición del paciente, pero valorando la historia clínica y la ecotomografía tan concluyente, se indicó efectuar una tomografía computada a fin de contar con un elemento más para justificar la siguiente conducta, en la toma de decisión y también para tranquilizar a los padres que no entendían del todo el curso de los acontecimientos.

La tomografía computada demostró un apéndice aumentado de calibre (9 mm), con signos claros de inflamación local. La conclusión tomográfica fue: apendicitis aguda retrocecal ascendente asociada a mínima cantidad de líquido libre pelviano (Figura 3).

En vista del resultado, el paciente aún sin dolor, fue operado y los hallazgos confirmaron un apéndice inflamado no perforado en situación retrocecal y subseroso.

La anatomía patológica describió un apéndice con serosa congestiva, con hemorragia en el tercio distal con mucosa hemorrágica y concluye: apendicitis aguda supurada.

El postoperatorio transcurrió sin incidentes.

COMENTARIO

Hay consenso de que a pesar del apoyo que presta el laboratorio y de los avances en las técnicas radiológicas el diagnóstico de la apendicitis aguda sigue aún fundamentado en la historia clínica y el examen físico^{1,2}, así lo aprendimos y así lo seguimos enseñando.

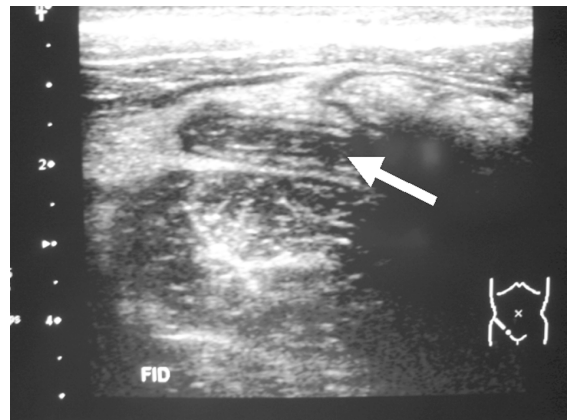


Figura 2. Ecotomografía caso 2, corte longitudinal del apéndice cecal con paredes engrosadas y aumento de ecogenicidad de grasa adyacente (flecha).



Figura 3. Tomografía computada caso 3, muestra estructura tubular de paredes engrosadas en situación retrocecal (flecha).

En 1889, Charles McBurney (1845-1913) Profesor del College of Physicians and Surgeons, de la Columbia University en New York, describe el punto de mayor sensibilidad situado en la fosa

ilíaca y que según su descripción original se sitúa a la distancia de una y media a dos pulgadas desde la espina ilíaca anterosuperior en línea recta con el ombligo⁹. Posteriormente Paul-Georges Dieulafoy (1839-1911) Profesor y Jefe de Medicina del Hôtel-Dieu de París, que también ejerció como cirujano, propone la triada característica de la apendicitis: dolor en el punto de McBurney, defensa muscular e hiperestesia cutánea¹⁰. Más tarde John Benjamín Murphy (1857-1916) Profesor y Jefe de Cirugía del Mercy Hospital en Chicago describe la migración del dolor hacia la fosa ilíaca¹¹. Estas fueron las primeras descripciones de la clínica de la apendicitis aguda y que permitían sospechar su diagnóstico y el dolor abdominal tanto entonces como hoy, aparece como el signo mayor y requisito necesario para el diagnóstico.

En esos tiempos, los primeros años del siglo XX, era la semiología y en particular la valoración del dolor, lo único con que contaba el cirujano para establecer el diagnóstico de apendicitis aguda e indicar la terapia quirúrgica y poder convencer además a aquellos colegas que abogaban por el manejo conservador. Por lo tanto la atenuación o peor aún la completa ausencia de dolor abdominal, hacía aún más compleja la toma de decisión y llevó a estos acuciosos clínicos, a reconocer este peculiar y ocasional fenómeno como parte del proceso patológico y que en la experiencia de algunos de ellos revestía un carácter ominoso en cuanto al pronóstico del cuadro apendicular.

En nuestro medio, Lucas Sierra (1866-1937) figura central en el desarrollo de la cirugía nacional, escribió múltiples artículos y monografías sobre la apendicitis aguda a la que llamaba citando a Dieulafoy, "La gran enfermedad abdominal", y en varios de ellos dedicó especial atención a esta particular evolución clínica ya que para él, que era partidario de la cirugía precoz y tenaz opositor de aquellos que proponían esperar la eventual regresión del cuadro o la localización del proceso, esta espera era peligrosa, puesto que no era posible saber el estado del apéndice. Así con sarcasmo señalaba que en la espera de que la apendicitis se enfríe puede sobrevenir "el enfriamiento total de la muerte".

Sierra describe en detalle esta situación clínica y cita autores extranjeros que también la reconocían como la "calma traidora" o el así llamado "Paraíso de los tontos"^{8,12,13}. Para Sierra la expli-

cación fisiopatológica de este fenómeno podían ser dos, la primera es que el dolor por la distensión inflamatoria o las contracciones causado por la obstrucción del apéndice cede cuando éste se perfora y vacía su contenido a la cavidad abdominal. Esto provocaría un periodo variable de bienestar que obviamente iba seguido de un recrudecimiento del cuadro doloroso. La otra explicación es que el proceso inflamatorio séptico progresa a la isquemia y a la necrosis de la pared apendicular, comprometiendo las terminaciones nerviosas de los plexos intramurales responsables de recoger la sensibilidad visceral y de este modo se interrumpía la señal. En ambas condiciones es requisito que el apéndice inflamado no esté en contacto con el peritoneo parietal que transmite información dolorosa por la vía espinal. Por lo demás en las dos situaciones se asiste a una progresión y agravamiento del cuadro y por eso los autores eran particularmente cautos en la interpretación de esta aparente mejoría. Por lo mismo Sierra es categórico al afirmar que la desaparición del dolor y el Blumberg, si no ocurre junto "con la mejoría de todos los otros síntomas", indica más bien que el apéndice se ha gangrenado o que la inflamación ha progresado a los tejidos vecinos y por lo mismo la cirugía no debe posponerse^{14,15}.

Los dos casos descritos resultan aleccionadores, en primer lugar porque parecen corresponder efectivamente a la condición descrita clásicamente como el "Paraíso de los tontos", esto es la desaparición de la sintomatología dolorosa, sin mediar efecto analgésico por supuesto, y esto significa no solo una atenuación del síntoma sino la ausencia del mismo, tanto en lo referido por el enfermo, como al provocado por la palpación abdominal. Algunos autores contemporáneos consignan que el dolor puede aminorar de manera temporal cuando ocurre la perforación del apéndice, pero no hablan de que desaparezca¹⁶. Así también que según sea la posición del apéndice y en particular si ésta es retrocecal u "oculto" puede variar la ubicación o la intensidad del dolor al examen. Por otra parte son más los que indican que cuando el dolor es intermitente o está ausente se debe dudar del diagnóstico^{6,7,17}. En los casos que se presentan el problema no es que el dolor sea leve, disminuya su intensidad o se le ubique en otra área del abdomen, sino que, habiendo

estado el dolor presente, abruptamente deja de estarlo.

Clínicamente estos casos difieren sin embargo, entre sí y al parecer con lo que señalan los clínicos antiguos. El fenómeno ocurrió en pacientes con tiempos de evolución distintos, el primero tras poco más de 24 h y el segundo casi 3 días desde el inicio del dolor. Ninguno tenía el apéndice perforado al momento de la cirugía y la anatomía patológica describe apéndices inflamados pero no necróticos o gangrenosos. Al parecer el fenómeno no depende del tiempo de evolución y probablemente hoy los enfermos se operan precozmente en relación a lo que describen los antiguos cirujanos. Seguramente ellos veían etapas más avanzadas del proceso y porque muchas de sus evaluaciones y controles eran hechos en los domicilios de los pacientes y no pocas veces eran intervenidos en los mismos.

El otro aspecto a considerar y de importancia en los tiempos actuales es que ante una situación clínica como ésta, el cirujano podría asumir erradamente que el cuadro apendicular "cedió" o que no era una apendicitis y ceder él ante la presión del paciente y sus familiares y no teniendo argumentos que sustenten su sospecha no operar y dar de alta al enfermo. Un paciente que no tiene dolor alguno, tiene hambre, está afebril y con 6.000 GB en el recuento, como en el segundo caso, de que se

habría de operar. En centros con recursos es posible repetir exámenes hematológicos o contar con imágenes (Eco/TAC) en cualquier momento, pero esto es la excepción y no la regla en nuestro medio. Así el paciente podría ser dado de alta y volver más tarde con una complicación grave, que el cirujano tendrá dificultades en explicar al mismo paciente y a sus familiares que en su momento apremiaron por el alta. Del mismo modo hay que tener cuidados con las normas o guías clínicas que a veces por razones de costo o basado en el metaanálisis de moda, sugieran que para el diagnóstico de apendicitis aguda basta la clínica y que los exámenes complementarios son prescindibles. En estos casos no es el falso positivo el que interesa confirmar porque en éstos, por último, es legítimo explorarlos, sino que se trata de evitar el falso negativo y eso resulta más difícil y el pronóstico más sombrío.

Finalmente como corolario, la apendicitis aguda se puede presentar durante su evolución sin dolor y el cirujano o el médico responsable deberá estar alertado y parafraseando a Lucas Sierra sólo "con la mejoría de todos los otros síntomas"¹⁴, más la normalidad de los exámenes complementarios disponibles (GB, PCR, Eco/TAC) se podrá considerar que el cuadro apendicular está superado y aun entonces, el enfermo deberá ser prevenido y eventualmente recontrolado.

REFERENCIAS

1. HARDIN DM, JR. Acute Appendicitis: Review and Update. *Am Fam Physician* 1999; 60: 2027-34.
2. HUMES DJ, SIMPSON J. Acute appendicitis. *BMJ* 2006; 333; 530-4.
3. SCHWARTZ SI. Appendix. In: Schwartz SI, ed. *Principles of surgery*. 6th ed. New York: McGraw Hill, 1994; 1307-18.
4. WILCOX RT, TRAVERSO LW. Have the evaluation and treatment of acute appendicitis changed with new technology? *Surg Clin North Am* 1997; 77: 1355-70.
5. GRAFFEO CS, COUNSELMAN FL. Appendicitis. *Emerg Med Clin North Am* 1996; 14: 653-71.
6. WAGNER JM, MCKINNEY WP, CARPENTER JL. Does this patient have appendicitis? *JAMA* 1996; 276: 1589-94.
7. ANDERSSON R. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004; 91: 28-37.
8. SIERRA L. Las apendicitis y sus complicaciones. Operemos a tiempo. Imprenta Universitaria, Santiago, 1918.
9. MCBURNEY C. Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. *NY Med J* 1889; 50: 676-84.
10. DIEULAFOY PG. Etude sur l'appendicite. La Presse Médicale 1896; p.12.
11. MURPHY J. Two thousand operations for appendicitis, with deductions from his personal experience. *Am J Med Sci* 1904; 128: 187-211.
12. SIERRA L. Las apendicitis agudas. *Rev Méd Chil* 1996; 34: 161-70.
13. PATERSON HJ. Appendicitis without physical signs. *Br Med J* 1911; 1099-101.
14. SIERRA L. Apendicitis aguda (Toxi-apendicitis). Imprenta y encuadernación Barcelona. Santiago, 1913.
15. SIERRA L. Abdomen agudo quirúrgico. *La Clínica* 1929; 114: 1433-42.
16. TAMAMES S. Apendicitis aguda. En Cirugía Tamames S y Martínez C (eds). Editorial Médica Panamericana, Madrid 2000; pp 157-61.
17. ESPINOZA R. Apendicitis aguda. En Abdomen agudo. S Guzman y R Espinoza (Eds). Sociedad de Cirujanos de Chile, Santiago, 1998; pp 235-42.