

Noviembre, 2019.

## **EL CONFESIONARIO MÉDICO: APENDICITIS AGUDA**

Por: Dra. M. Abigail Rojas Ronquillo.

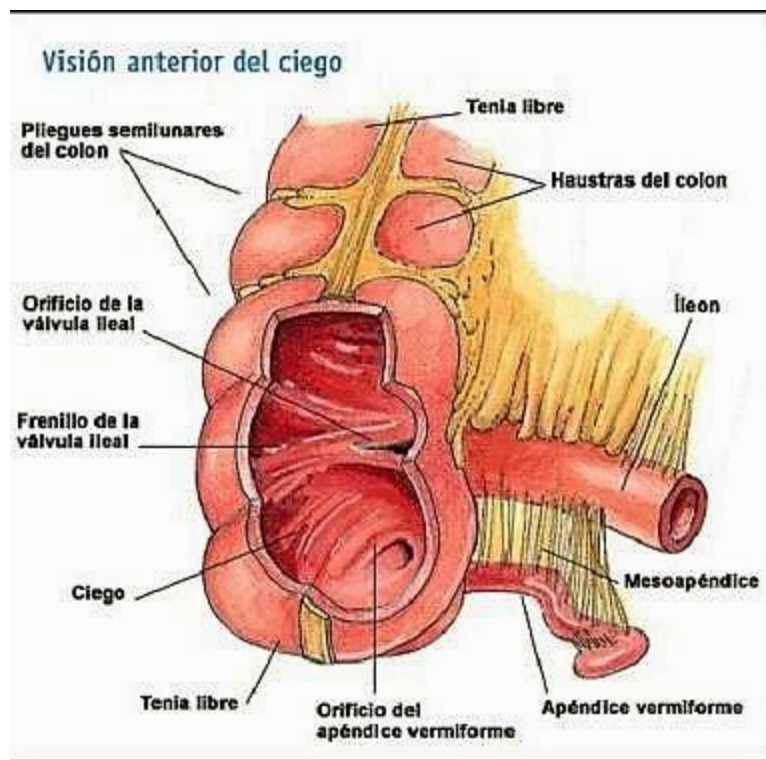
Hola amigos, bienvenidos al mes de noviembre. En esta ocasión no voy a hablarles de un paciente mío, voy a platicarles del primo de unos amigos muy queridos para mí; un chavito de 12 años de edad que comenzó con un fuerte dolor abdominal. Su familia lo llevó con un médico particular que les dijo que padecía de una infección gastrointestinal y le dio antibiótico y analgésicos. Como no hubo mejoría, al otro día acudieron con otro doctor, el cual le diagnosticó apendicitis aguda, y les pidió fueran inmediatamente a la sala de urgencias de su hospital de afiliación. Así lo hicieron, pero, para cuando el peque entró a quirófano, su apéndice ya se había perforado y su cavidad abdominal estaba infectada (peritonitis). Esta sería sólo la primera de tres cirugías, ya que otra porción de su intestino se perforó debido a la infección y tuvo que ser retirada. Al perforarse por tercera ocasión los cirujanos decidieron derivar su intestino hacia afuera, por la pared de su abdomen (ileostomía). Todo lo anterior en el transcurso de varias semanas de hospitalización. Entre la fuerte infección, el ayuno prolongado, las cirugías y demás perdió su batalla, falleciendo, y dejándonos a mediados del mes de septiembre de este año. Y es por esto que decidí que platicáramos sobre apendicitis. Porque todos debemos saber qué hacer ante una urgencia; buscar ayuda, así como Jairo la buscó: *«Llegó entonces un hombre llamado Jairo, que era jefe de la sinagoga. Este hombre se arrojó a los pies de Jesús y le rogó que fuera a su casa, pues su única hija, que tenía como doce años, se estaba muriendo. Mientras Jesús se dirigía a la casa de Jairo, la multitud lo apretujaba.»* (Lc. 8:41-42. RVC). Esta familia así lo hizo, pero las cosas no terminaron bien. Vamos a aprender todo lo que podamos sobre este tema para evitar, en la medida de lo posible, que otra tragedia como esta se presente.

Según la Asociación Mexicana de Cirugía General (AMCG) la apendicectomía, por apendicitis aguda, es actualmente el procedimiento quirúrgico (operación) de urgencia más común en el mundo. El riesgo de presentar apendicitis a lo largo de la vida es de 8.6% para hombres y de 6.7% para mujeres; y presenta una incidencia de 1.5 a 1.9 casos por cada 1000 habitantes. Por eso me di a la tarea de preguntarle a los habitantes de la Diócesis de Tuxpan **¿QUÉ DUDA TIENES SOBRE LA APENDICITIS AGUDA QUE NO TE HAS ATREVIDO A CONFESAR?** Y esto fue lo que nos dijeron:

### **1.- LRH. ¿QUÉ ES EL APÉNDICE Y PARA QUÉ SIRVE?**

**Dra. Abby.** Íjole LRH, a ver si no me hago pelotas tratando de explicar esto. El **apéndice cecal** (del *cecum*, del ciego), **vermiforme** o **vermicular** (del latín *vermis*, “con forma de gusano”) es una estructura que **forma parte del colón** (intestino grueso). La última parte del intestino delgado (**íleon**) **se une al colón** en la **parte baja del abdomen, del lado derecho**, justo por encima de la pierna (fosa iliaca derecha), a esta **unión** se le llama **válvula ileal o**

**ileocólica**; ahí abajito de esa unión empieza el colón formando como una especie de “bolsa” llamada ciego. Es **en el ciego** en donde **nace el apéndice**, justo **debajo de la válvula**. Como su nombre lo indica, tiene **forma de “gusano”, alargado y angosto**, mide en promedio de **6 a 9 cm de largo** (aunque se han encontrado variantes que van desde 1 hasta 30 cm.); es hueco en su interior, teniendo un **grosor** de menos de **5mm**. Para que no se me confundan les voy a poner una bonita imagen por aquí. Ahora **¿para qué sirve** el apéndice? Por muchos siglos se creyó que no servía para nada, que era un vestigio de un órgano de cuando éramos unos cavernícolas. Déjenme decirles que no, el apéndice si tiene una función, **es un órgano linfoide**. ¿Y qué chinchas es un órgano linfoide? Es tejido que se especializa en **producir anticuerpos** para proteger un área en específico, como las amígdalas o los ganglios. Se dedica a producir un tipo de anticuerpos llamados “**secretores**”, porque se encuentran en la secreción de las mucosas; eso quiere decir que además de producir anticuerpos el apéndice **fabrica moco**. En estudios recientes se ha propuesto que también funciona como **reservorio** (alacena, escondite, guarida) **de la biota intestinal** (eso a lo que **malamente llamamos flora intestinal**); de esta manera cuando perdemos la biota, por el uso de antibióticos o por una diarrea, esta se empieza a regenerar a partir del “guardadito” que tenemos en el apéndice.

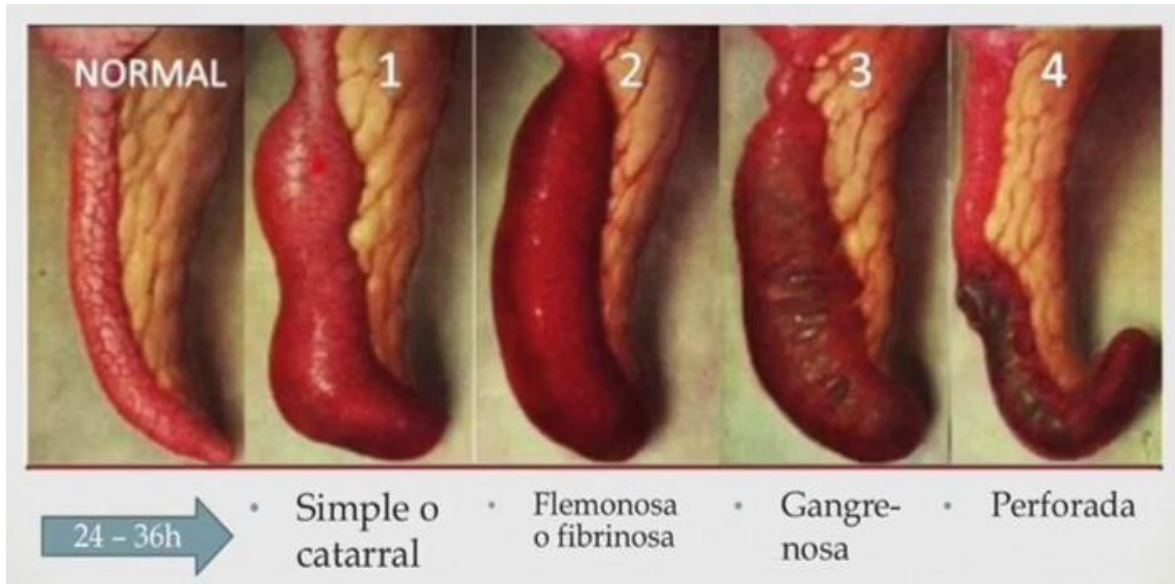


*a. Anatomía del apéndice cecal.*

## 2.- DASG. ¿CUÁLES SON LA CAUSAS? ¿POR QUÉ SE ENFERMA EL APÉNDICE?

**Dra. Abby.** Hola DASG, fíjate que las causas son variadas, pero todas coinciden en algo: en que se tapa el apéndice. Si algo se mete y se **atora dentro del apéndice**, que es muy delgadito, hace que **el moco** que se produce se **quede atrapado** y le empiecen a **crecerle**

**bacterias** (fase 1: simple o catarral). Pronto es tanta la secreción “aprisionada” que el apéndice se hincha, como globo de payaso (de esos alargados) (fase 2: flemonosa o supurada) y **la presión** que produce la mucosidad hace que las **venas y las arterias se colapsen** (como si te pararas encima de una manguera), así que **deja de llegar sangre**. Cuando el aporte sanguíneo se detiene la pared del **apéndice empieza a morir** (¿se acuerdan que a las hernias les pasa igual? Se llama isquemia) (fase 3: gangrenosa). Al morirse **se agujera** (explota, como dicen en la TV) y se **sale el moco, que ahora es pus** (fase 4: perforada). Y eso es una apendicitis aguda.



*b. Fases de la apendicitis.*

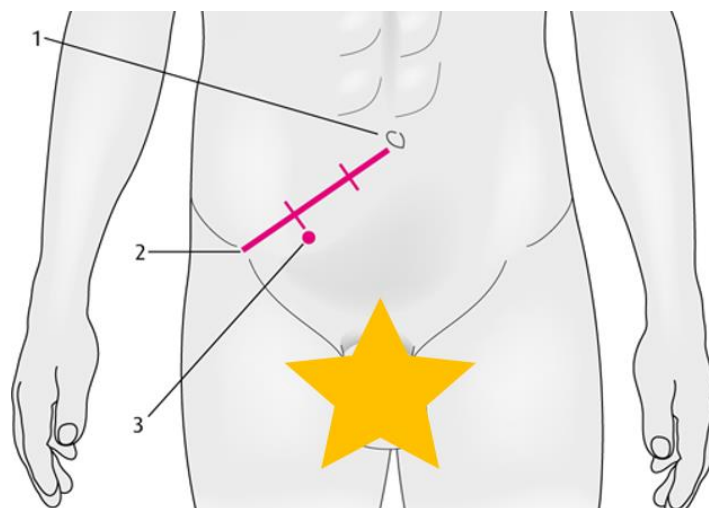
### 3.- JCRP. ¿ES CIERTO QUE COMER COSAS CON SEMILLAS AUMENTA EL RIESGO DE TENER APENDICITIS AGUDA?

**Dra. Abby.** Siguiendo un poco con la respuesta anterior JCRP, hay **muchas cosas que se pueden atorar en un apéndice** cecal; y sí, es cierto, las semillas pueden ser una causa de apendicitis, pero es muy importante decir que no es, ni de cerca, la causa más común. Las cosas que con mayor frecuencia se “atoran” en el apéndice son los **fecalitos** (trociitos de popó vieja que parecen piedritas). La segunda causa es una **hipertrofia linfática**, es decir que se están produciendo tantos anticuerpos que el tejido linfoide crece (como cuando se te crecen las amígdalas) y el apéndice se tapa a sí mismo. En muchos casos los **parásitos** de tamaño pequeño se meten al apéndice y se atascan; principalmente los **oxiuros**, esos que hacen que te pique la colita en la noche. Algo un poco más raro es que el apéndice **se tuerza sobre sí mismo**, tapándose. A veces hay **tumores** en el apéndice que eventualmente lo tapan y producen apendicitis. Y, ya por último (sí, es la causa menos frecuente), a veces encontramos **semillas** dentro de un apéndice inflamado.

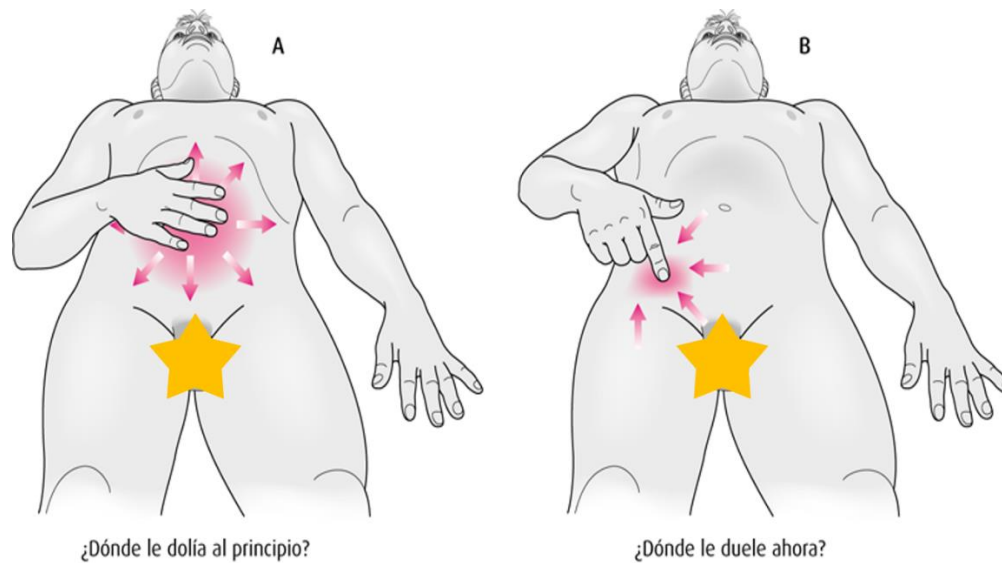
#### 4.- MRRR. ¿COMÓ SOSPECHAS QUE TIENES APENDICITIS AGUDA?

**Dra. Abby.** Excelente pregunta MRRR, esto es lo que quiero que todos nos llevemos en nuestra cabeza ¿cómo reconocer una apendicitis? Voy a comentarles los signos y síntomas que ustedes pueden ver en casa, porque existen muchas otras cosas que los médicos buscamos; ahí les va:

Por lo general el paciente empieza por tener **anorexia** (pérdida del apetito), para iniciar a las pocas horas con **dolor abdominal**. Durante las primeras horas (de 6 a 12 h aproximadamente) el dolor será **difuso y periumbilical** (en el área alrededor del ombligo, a media barriga pues), de intensidad **moderada** que puede estar **acompañado de cólicos** y raramente de **alguna evacuación diarreica** (esto es más común **en los niños**). A partir de las 24 h de evolución **el dolor va a migrar** (moverse) **al punto de McBurney**; este se encuentra *trazando una línea desde su ombligo hasta el “huesito saltado” de la cadera, del lado derecho, luego dividiendo la línea en 3 partes iguales; en el final del 2/3 está el punto que señala la localización del apéndice*. Cuando el dolor migra al punto de McBurney **se vuelve intenso, continuo y localizado**; los **cólicos y las evacuaciones desaparecen** para dar paso a la **constipación** (estreñimiento) y **distensión abdominal** (la panza se infla y se pone dura). En este punto **pueden presentarse náuseas, vómito** (el cual será limitado a un par de ocasiones), **febrícula** (temperatura entre 37.3 y 38°C) y **taquicardia leve** (pulso acelerado). Muchos de estos **síntomas pueden no presentarse**, lo que nos ayuda a sospechar una apendicitis aguda es el **dolor**; es tan intenso que le **impide al paciente caminar** adecuadamente, ya que cada que apoya la pierna derecha aumenta el dolor. Los **cambios de posición y los esfuerzos** hacen que el enfermo se lleve las manos al punto de McBurney; y sí está acostado **trata de “hacerse bolita”** flexionando la pierna derecha. Al llegar a las **48 h de evolución inicia el riesgo de perforación** apendicular; debemos sospechar que el **apéndice a “explotado”** si el **dolor disminuye de repente y la temperatura aumenta a más de 38-39°C**. Si vemos a nuestro hermano, hijo, mamá, prima o a quien sea con estos datos debemos **ir de inmediato a una sala de urgencias** en un hospital, nada de consultorios del Dr. Simi ni esas cosas.



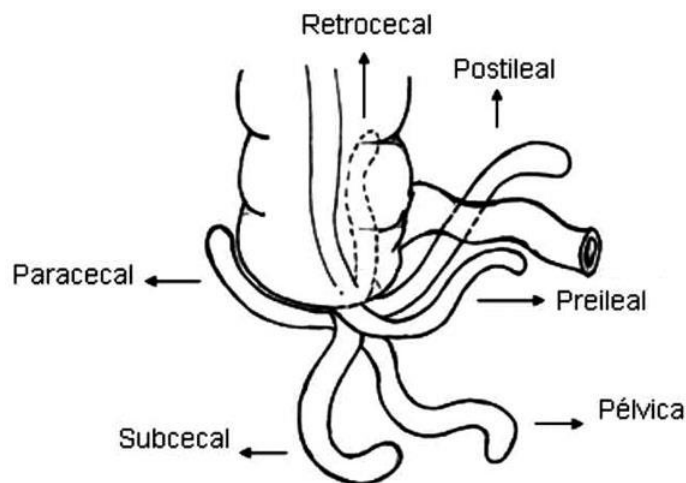
C. 1- Ombligo, 2- Espina Iliaca Anterosuperior y 3- Punto de McBurney.



*d. Las características del dolor son lo más importante en el diagnóstico de la apendicitis aguda. A. inicia periumbilical, moderado y difuso. B. Evoluciona al punto de McBurney, intenso y localizado.*

## 5.- JRP. ¿CON QUÉ FRECUENCIA SE DAN VARIANTES DE POSICIÓN DEL APÉNDICE?

**Dra. Abby.** ¡Uorale! Que pregunta más rara JRP. Bueno el asunto es que efectivamente el apéndice puede tener varias posiciones. Es importante señalar que la **base del apéndice siempre está en el mismo lugar**, en el ciego, debajo de la válvula ileocecal; lo que **varía es la posición de la punta**. El apéndice está en posición **retrocecal** en el 74% de las personas, **pélvica** en el 21%, **paracecal** en el 2%, **subcecal** en el 1.5%, **preileal** en el 1% y **postileal** en el 0.5% de los humanos. Les voy a poner una imagen para vean de qué les hablo. Si el apéndice está en un lugar poco común puede variar el punto donde se localiza el dolor, haciéndonos más difícil el diagnóstico.



*e. Variantes anatómicas de la posición de la punta apendicular.*

## 6.- AMS. ¿POR QUÉ ES PELIGROSOS EL ESTALLAMIENTO? ¿CUÁLES SON LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS?

**Dra. Abby:** La apendicitis puede tener **varias complicaciones AMS**, pero **que estas aparezcan depende** casi siempre de **si el apéndice se perforó** (estalló, explotó) antes de la cirugía o no. Se considera que las apendicitis se complican en 3% de los casos si no están perforadas, y en el 47% de las que ya se perforaron. La diferencia es enorme y de ahí viene que sea peligroso el “estallamiento” del apéndice, ya que hace mas probable que el paciente tenga alguna de las siguientes complicaciones:

1.- ABSCESO DE PARED Y DEHISCENCIA DE LA HERIDA. La **infección** que estaba contenida dentro del apéndice **contamina la piel, tejido subcutáneo, grasa y músculo** de la pared del abdomen cuando se perfora, esto hace que **la herida no cierre** a pesar de las suturas y se tenga que dejar abierto al paciente por varios días.

2.- PLASTRÓN O FLEMÓN ABSCEDADO (PERITONITIS LOCALIZADA). La **pus** que sale del apéndice al perforarse **se riega** en la parte del abdomen donde esta el ciego (**fosa iliaca derecha**), así que el cuerpo trata de contenerla ahí para que no se riegue por toda la barriga; para lograrlo **forma una bola** sobre el apéndice roto, la cual esta hecha **de asas de intestino** delgado, grasa de la cavidad (**epiplón**), y una “telita” que cubre los órganos (**peritoneo**), toda esta maraña **contiene la pus**, pero no la desaparece, al contrario, se fabrica más pus; todo esto da lugar a un **absceso** que debe drenarse y tratarse antes de poder deshacer la “maraña” y extraer el apéndice. Tener peritonitis localizada **es un factor de riesgo** importante para tener una **peritonitis difusa**.

3.- PERITONITIS DIFUSA. A veces es tanta la **pus** que sale del apéndice perforado que el cuerpo no puede contenerla en un plastrón y esta **se esparce por toda** la cavidad **abdominal, infectando todos los órganos** que se encuentran ahí. Esta peritonitis puede provocar que otros órganos abdominales **mueran y se perforen** (por que se los comen las bacterias); además, puede **producir** un estado de “infección generalizada” que se llama **sepsis** y es sumamente **peligroso y mortal**.

4.- PILEFLEBITIS. Esta es una complicación **rara pero muy grave**; la **pus** del apéndice perforado **viaja por las** venitas hasta una vena más grande (llamada **vena Porta**) y llega **al hígado**, produciendo ahí **inflamación, infección, abscesos** y **falla hepática**.



*f. La peritonitis difusa es una de las complicaciones más peligrosas de la apendicitis aguda.*

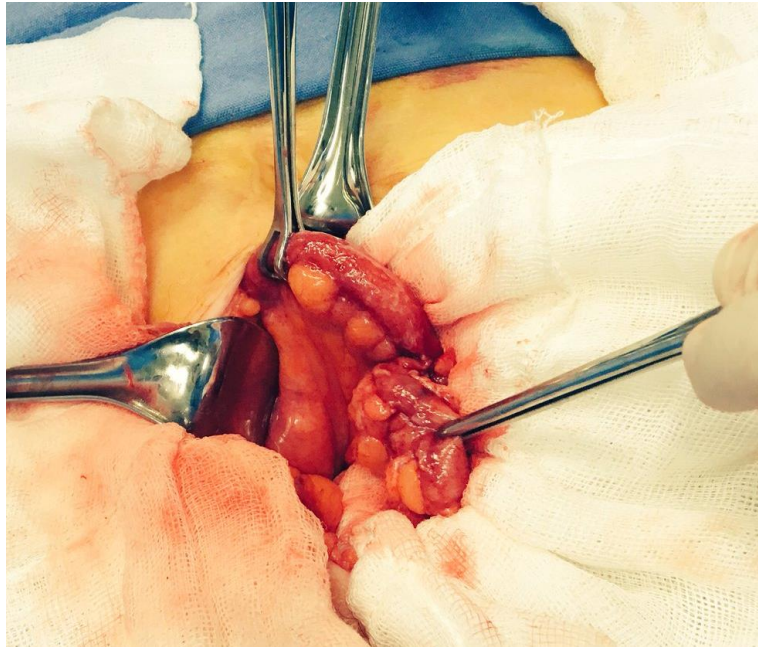
## 7.- MRRM. ¿POR QUÉ LE DA MÁS A LOS NIÑOS?

**Dra. Abby:** ¿Qué crees MRRM? Que **no es más frecuente en niños**. En realidad, el grupo de edad con **mayor riesgo** de padecer apendicitis aguda es **entre los 15 y 35 años**, con un **pico** de casos **a los 22 años**. Algunos autores sitúan el mayor riesgo etario (de edad) **entre los 12 y los 29 años** de edad con el **pico a los 19 años**. Las edades **menos frecuentes son después de los 60 y antes de los 5 años**; y definitivamente **nunca antes de los 2 años** de edad. No se sabe a ciencia cierta por que se presenta así la distribución de casos por edad, pero se cree que tiene que ver con el tamaño del tejido linfoide que recubre el apéndice por dentro; el cual es mayor, y trabaja más, a partir de la adolescencia y disminuye paulatinamente después de los 30-35 años.

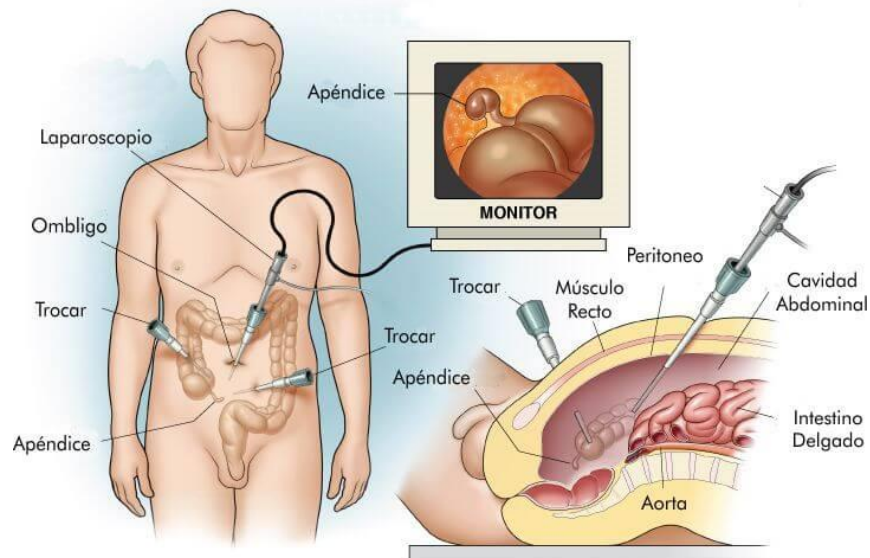
## 8.- JMA. ¿CÓMO SE CURA LA APENDICITIS? ¿SIEMPRE SE TIENE QUE OPERAR?

**Dra. Abby:** JMA el **tratamiento** de la apendicitis es, **por excelencia**, la **extirpación quirúrgica** (o sea operar, cortarlo y sacarlo). **Existe un manejo conservador**, con medicamentos, pero francamente **no se usa** ¿por qué? Porque **incrementa el riesgo** de perforación y otras **complicaciones**, su tasa de **éxito es baja** y en la mayoría de los pacientes que se trataron con medicamentos, y funcionó, suele **volverse a presentar apendicitis** un mes después (en promedio) teniendo que operar de todas maneras. **Sólo** intentamos el

tratamiento conservador en **pacientes** que **no pueden soportar un procedimiento quirúrgico**. La **apendicectomía abierta** es la técnica **más común**, con una incisión pequeña (aproximadamente 5 cm) sobre el punto de McBurney. La otra técnica es una **apendicectomía laparoscópica**; con una camarita de video, pinzas y bisturí que se meten por tubos largos; que se introducen por unos hoyos pequeñitos que se hacen en la pared abdominal. Es **mínimamente invasiva** y su uso **reduce el dolor** y los días de **estancia hospitalaria** en comparación con la apendicectomía abierta; pero **solo** se aconseja **en apéndices no perforadas**.



*g. Apendicectomía abierta.*



*h. Apendicectomía laparoscópica.*



## 9.- NARR. ¿SE PUEDE PREVENIR LA APENDICITIS AGUDA?

**Dra. Abby:** Tú sabes NARR que yo soy la fan #1 de la prevención, pero en este caso no hay **nada que se pueda hacer para prevenir la apendicitis** aguda. Esto no es una “rifa del tigre” donde tenemos varios boletos (factores de riesgo), y mientras más boletos tengamos es más probable que nos ganemos “el tigre” (que nos dé la enfermedad) -los lectores de hueso colorado saben que me encanta esa analogía-. Que te dé apendicitis es más como que te caiga popó de pájaro mientras caminas ¿cuándo?, ¿dónde?, ¿por qué? ¡Pssss, namaaaás! Es de suerte. Salvo por la edad y el sexo (es ligeramente más frecuente en varones) **no existe un factor de predisponente**. Por eso es tan importante reconocer los síntomas, para buscar atención médica a tiempo; porque no podemos evitar que nos dé. Como dice el dicho “Cuando de toca, aunque te quites; y cuando no, aunque te pongas”.

## 10.- OJBS. ¿PUEDE DAR APENDICITIS POR CÁNCER?

**Dra. Abby:** así es OJBS, como mencionamos anteriormente los **tumores son una causa de apendicitis**, lo cierto es que solo representan el **0.9% de todos los casos**. El cáncer de apéndice no es algo tan común, pero, cuando aparece, **más de 50% provocarán una apendicitis** aguda. El cáncer **más común es el carcinoide**, seguido del adenocarcinoma, mucoccele (pseudomixoma) y el linfoma.

**Ojalá que el artículo de este mes nos INFLAME de conocimiento y ESTALLE nuestra curiosidad.**

No olviden enviarnos sus preguntas y sugerirnos temas sobre otras enfermedades en nuestra página de Facebook: @ElConfesionarioMedico, o al correo ab2y\_74@hotmail.com. Hasta el mes que viene, y no olviden acudir a su médico.