

Sobre la apendicitis aguda: Amyand, Fitz, y unos pocos más

Comencemos con la historia de la apendicitis aguda incluida en los textos de cirugía. En el primer texto a nuestro alcance leemos:

“Existen informes aislados de apendicectomías desde 1736 en adelante, cuando Amyand extirpó con éxito de un saco herniario un apéndice que se había perforado con un alfiler. De 1581 en adelante también hay muchas publicaciones de la enfermedad supurativa mortal de la región cecal que, sin embargo, solía denominarse ‘peritiflitis’. La identificación de la apendicitis como entidad clínica y patológica para la cual se requiere tratamiento quirúrgico data de 1886 cuando Reginald Fitz, profesor de anatomía patológica en Harvard, leyó un artículo en la primera reunión de la *Association of American Physicians* denominado [...] Poco después Mc Burney describió las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda temprana antes de su rotura, incluyendo el punto de hipersensibilidad abdominal máxima, y una incisión ‘hecha en la pared abdominal en casos de apendicitis’¹.”

¿Quién era Amyand? ¿Qué vio y qué hizo? ¿Quién era Reginald Heber Fitz? ¿Cómo un patólogo definió la entidad que requería un diagnóstico e intervención quirúrgica inmediata? ¿Cómo se convencieron los médicos de lo que sostenía Fitz? Trataremos de responder las preguntas enfocándonos en los trabajos originales de Amyand y Fitz. No añadiremos a las revisiones que tratan el tema con extensión, y mayor o menor fortuna.

Claudius Amyand (ca. 1681-1740) nació en París, en una familia de hugonotes de la *Santoigne* que huyó a Inglaterra. Se naturalizaron ingleses en 1698. Amyand sirvió como cirujano militar en Flandes, en 1716 fue incorporado a la *Royal Society*. Fue cirujano en el *St. George’s Hospital* y *Sergeant-Surgeon (Surgeon-in-Ordinary)* (1715-1740) del rey George I (1714-1727) y luego de George II (1727-1760)². Publicó observaciones sobre casos poco comunes de su práctica en las *Philosophical Transactions*. En esta nota nos interesa la primera parte de la titulada *Of an Inguinal Rupture, with a Pin in the Appendix Coeci, Incrusted with Stone* [hernia de Amyand]; *And Some Observations on Wounds in the Guts*³.

Amyand relata que el 8 de octubre de 1735 ingresó al *St. George’s Hospital* Hanvil Anderson, un chico de 11 años, que desde la infancia tenía una hernia escrotal, complicada con una fístula entre el escroto y el muslo que drenaba gran cantidad de una materia “de lo menos amable” (*unkindly* = materia fecal) y que para curarla era necesario curar la hernia. Lo operó el siguiente 6 de diciembre. La operación fue difícil y laboriosa por sus extraños hallazgos. El tumor estaba compuesto en su mayor parte por epiplón, tenía el tamaño de una manzana (*pippin apple*) y en él se encontraba el apéndice cecal perforado en la punta por un alfiler incrustado en una concreción calcárea; por la perforación salía materia fecal cada vez que se movía el alfiler adherido al epiplón. Alrededor, un absceso incluía el conducto deferente y el testículo contenidos en el saco herniario. Amyand no sabía qué hacer con el intestino perforado que reconoció, al final, como el apéndice cecal: “contraído, carnoso y duplicado”. Tras una complicada disección, extendida a la cavidad abdominal, reseco el epiplón, separó los vasos, el deferente y el testículo y, de acuerdo a la opinión de los asustados concurrentes, decidió amputar el anormal apéndice tras una ligadura en la base. Retornó el intestino a la cavidad abdominal, dejó el resto de los elementos en el saco escrotal y reseco la fístula. La incisión se mantuvo abierta con una compresa. La operación duró casi media hora y fue “tan dolorosa para el paciente, como laboriosa para mí”. El muchacho sobrevivió

a la operación y al tratamiento posoperatorio. Al décimo día cayó la ligadura del apéndice, la perforación estaba curada y la incisión, sujeta a una fuerte y constante presión sobre ella, curó por segunda. Al mes el chico fue dado de alta, se le indicó usar un braguero para evitar la eventración y recidiva de la hernia. La fístula curó, la hernia recidivó a los seis meses. Hasta aquí el descolorido resumen de una detallada y vívida historia clínica y parte quirúrgico que finaliza con una nota que dice: “El epiplón y el intestino resecaado, con el alfiler que lo perfora, están en el repositorio de la *Royal Society*”.

Dice uno de los biógrafos de Reginald Heber Fitz (1843-1913): “Fitz no fue un cirujano. Primero fue un patólogo y después un internista”⁴. Nació en una vieja y tradicional familia de capitanes de mar de Nueva Inglaterra. Estudió en Harvard, graduado pasó a Viena, luego un año a Berlín con Virchow. Allí publicó, en *Virchows Archiv*, un artículo sobre bronquiectasias. Visitó las clínicas de Cornil en París, de Murchison en Londres y de Lister en Edimburgo. De vuelta a Harvard fue un estimulante, sarcástico y generoso docente, “microscopista” del *Massachusetts General Hospital*, *Shattuck Professor of Pathology* de la *Harvard Medical School*, y, después, *Hersey Professor of the Theory & Practice of Physic* (medicina interna). En el prólogo de una revista dedicada a Fitz por sus discípulos cuando cumplió 65 años dice Stone, uno de ellos: “El trabajo que Fitz ha hecho durante el período activo de su vida ha sido mayormente crítico y judicial, aunque siempre con una tendencia constructiva”⁵.

En la primera reunión de la *Association of American Physicians*, Washington, 1886, Fitz leyó una conferencia de 29 páginas, más nueve de la discusión que la sigue, titulada: *Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment*⁶.

Fitz señala el desacuerdo existente en relación a la inflamación de ciego y apéndice con la peritonitis y la peritiflitis, y la vital importancia del oportuno y adecuado tratamiento que se pospone hasta perder la esperanza de solución. Por ello cree que la consideración crítica de un gran número de casos de perforación del apéndice puede servir para destacar los caracteres centrales del diagnóstico y tratamiento. Sigue con una consideración histórico-crítica de los trabajos publicados sobre el llamado flemón o absceso de fosa ilíaca y las llamadas tiflitis y peritiflitis. Para resolver el nudo de la cuestión, ya en la tercera página dice que el patólogo se diferencia del clínico porque “busca establecer el sitio y causa de las enfermedades” y encuentra que “en los casos más fatales de tiflitis el ciego está intacto y el apéndice perforado”. Y ve que la peritiflitis es un “absceso enquistado”. Más aún, que en la mayoría de los abscesos enquistados, incluso detrás del ciego, se encuentra un apéndice inflamado o que se comunica con éste, y que la comunicación con el ciego es el resultado y no la causa del absceso. Dice: “Como la peritonitis circumscripita es un simple evento, aunque usualmente el más importante, en la historia de la inflamación del apéndice, es preferible usar el término *apendicitis* (la bastardilla es nuestra) para expresar la condición primaria”.

Fitz sostiene su proposición con las autopsias de 257 casos de perforaciones del apéndice que compara con 209 casos de tiflitis y peritiflitis. Sobre la etiología de la apendicitis sus consideraciones son casi las mismas que aún se discuten. Presenta sus hallazgos en tablas donde compara la edad, localización, características del dolor, síntomas que lo acompañan e intenta, por el tipo de dolor, determinar el día de la perforación, la elevación de la temperatura, el embotamiento y la palpación de un tumor en la zona, la aparición de dolor abdominal difuso, la distensión (*tympanites*) y en qué día de la evolución aparecen y el tiempo de la muerte desde el comienzo de los síntomas.

La muerte en la apendicitis es por shock después de la peritonitis y el proceso puede extenderse al mesenterio. En 11 casos de los 257 Fitz encontró pyleflebitis. Fitz no duda de que no todas las apendicitis perforadas son fatales. El número (180) de las llamadas tiflitis y peritiflitis, aunque no una evidencia absoluta, lo sugiere. De estas, 58 terminaron en resolución (32%), 33 por evacuación espontánea (18%) y 89 por operación (50%).

Las conclusiones, en las apendicitis perforadas, son claras: la apendicitis perforada ocurre con mayor frecuencia en muy jóvenes (10-20 años) y adultos jóvenes (20-30 años), especialmente en varones (no hay tabla que indique el sexo). El dolor abdominal brusco es el primer y más constante síntoma de la

perforación, en adultos aparentemente sanos, es intenso, pocas veces leve y ocasionalmente acompañado de escalofríos, náusea y vómitos; la localización usual es en la fosa ilíaca derecha. La fiebre, no muy alta, sigue en frecuencia al dolor. El embotamiento, la tumefacción y la palpación de un tumor en la fosa ilíaca derecha es de gran valor diagnóstico y, con tratamiento adecuado, modifica favorablemente el pronóstico. Fitz sostiene que no debe esperarse la resolución espontánea y conviene la intervención inmediata después de las 24 horas del comienzo del dolor. En el tratamiento recuerda que: "Un catártico o un laxante puede ser pedido por el paciente o sus amigos, y una enema se piensa que puede ser una ayuda diagnóstica. Debe recordarse que estos pueden ser los medios de excitar el comienzo de una peritonitis generalizada". Fitz es enfático cuando dice: "Ningún cirujano debe dudar en dar una oportunidad de vivir cuando se ha satisfecho que ocurrió la perforación y que la peritonitis es inminente".

Fitz termina la conferencia con estas afirmaciones: "La vital importancia del diagnóstico temprano de la apendicitis perforada es obvia. El diagnóstico, en la mayoría de los casos, es comparativamente fácil. El eventual tratamiento por laparotomía es generalmente indispensable. Síntomas urgentes demandan la inmediata exposición del apéndice perforado, después de la recuperación del shock, y su tratamiento de acuerdo con los principios quirúrgicos. Si la espera se justifica, el absceso resultante, por regla intraperitoneal, debería ser incidido tan pronto como sea evidente. Esto es usualmente en el tercer día después de la aparición de los primeros síntomas característicos de la enfermedad".

Son confusas, para un lector del 2010, las tiflitis y peritiflitis, aunque Fitz sugiere que muchas son apendicitis no fatales resueltas de una u otra forma. Fitz dejó pocas cosas por hacer a los médicos de su tiempo.

Charles Heber McBurney (1845-1913), profesor de cirugía en el *College of Physicians and Surgeons (Columbia University)* de New York describió el sitio preciso del dolor en 1889 y la incisión adecuada para exponer y extirpar el apéndice inflamado en 1894⁷.

Sir Frederick Treves (1893-1923), cirujano, escritor e historiador inglés, contribuyó a la difusión de las ideas de Fitz. Su influyente conferencia *Relapsing typhlitis treated by operation*, cuyo texto recibió la *Royal Medical and Chirurgical Society* en setiembre de 1887, se leyó en febrero del 1888 y se publicó en el mismo año⁸. Treves fue quien, en 1902, operó de apendicitis a Eduardo VII tres días antes de la programada coronación, desde luego pospuesta, y Treves fue quien cuidó a Joseph Merrick, el Hombre Elefante⁹.

Los médicos actuales tal vez prefieran estar al día en el tema de esta nota que a la historia. Para eso nos atrevemos a recomendar revisiones de los últimos 10 años, por ejemplo: la de *Radiology*¹⁰, la del *British Medical Journal*¹¹. Para los prácticos nada mejor que las revisiones de *Postgraduate Medicine*¹² y del *American Family Physician*¹³. A quienes les gusta lo exótico la del *Hong Kong Med J*¹⁴, tiene ideogramas del nombre de los autores y una infografía secreta. La revisión más numerosa en casos es de 1997, en el *Annals of Surgery*, 4 950 apendicectomías¹⁵. Y está, por supuesto, *Up to date*. Pero el estudio de Fitz resiste la injuria del tiempo. Para terminar, un cirujano ruso, Leonid Ivanovich Rogosov, en 1961, en una base de la Antártida, se practicó a sí mismo una apendicectomía exitosa¹⁶. Es cuestión de animarse nomás.

Juan Antonio Barcat

e-mail: jabarcat@yahoo.com.ar

1. Schwartz SI. En: Schwartz SI (Editor en jefe). Principios de cirugía. 3ra. Edición en castellano. México D.F: Interamericana-McGraw-Hill, 1995. Volumen 2, Capítulo 27, p 1347-58. Traducción de Jorge Orizaba Samperio de *Principles of Surgery, 6th. Edition*. New Cork: McGraw-Hill, 1994.
2. Claudius Amyand. The Twickenham Museum. <http://www.twickenham-museum.org.uk/>; consultado el 30-5-10.
3. Amyand C. Of an Inguinal Rupture, with a Pin in the Appendix Coeci, Incrusted with Stone; And Some Observations on wounds in the guts. *Philos Trans R Soc Lond* 1736; 39: 329-42.
4. Loveland JE. Reginald Heber Fitz, the exponent of appendicitis. *Yale J Biol Med* 1937; 9: 509-20.
5. Stone AK. Medical papers dedicated to Reginald Herber

- Fitz from his pupils [...]. Reprinted from *Boston Med Surg J* 1908; CLVIII: 7-12. En: <http://www.archive.org/stream/medicalpapersde01unkngoog#page/n5/mode/1up>; consultado el 10-5-10.
6. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. *Trans Assoc Am Physicians* 1886; 1:107-44.
 7. Parquet R. Charles Heber McBurney (Reseñas históricas). *Acta Gastroenterol Latinoam* 2009; 39: 102.
 8. Treves F. Relapsing typhlitis treated by operation. *Med Chir Trans* 1888; 71: 165-72.
 9. Mirilas P, Skandalakis JE. Not just an appendix: Sir Frederick Treves. *Arch Dis Child* 2003; 88: 549-53
 10. Birnbaum BA, Wilson SR. Appendicitis at the Millennium. *Radiology* 2000; 215: 337-48.
 11. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis (Clinical review). *BMJ* 2006; 333: 530-4.
 12. Merlin MA, Shah CN, Shiroff AM. Evidence-based appendicitis: the initial work-up. *Postgrad Med* 2010; 122:189-95. (Abstract)
 13. Ebell MH. Point of Care Guides. Diagnosis of appendicitis. Part I. History and physical examination. *Am Fam Physician* 2008; 77: 828-30. Part II. Laboratory and imaging testing. *Am Fam Physician* 2008; 77: 1153-55.
 14. Ma KW, Chia NH, Yeung HW, Cheung MT. If not appendicitis, then what else can it be? A retrospective review of 1492 appendectomies. *Hong Kong Med J* 2010; 16: 12-7.

FE DE ERRATAS

Influencia de la madurez sexual y la castración sobre la actividad eléctrica cardíaca en conejos machos y hembras. *Medicina (Buenos Aires)* 2010; 70: 347-54. Autores: Gabriela Y. Eizikovits, Carolina Casal, Pedro D. Arini, Guillermo C. Bertrán.

La Fig. 5 que aparece no es la que corresponde y debe ser reemplazada por la siguiente

