

APENDICITIS AGUDA : IN DOLOR LETAL

Si existe una enfermedad en la que primero se piensa cuando un dolor en el abdomen arremete con intensidad, es la apendicitis. Sin embargo, pocos saben, en realidad, de qué se trata y cómo abordarlo a la hora de presentarse.

El apéndice es conocido desde la antigüedad. Leonardo da Vinci y Vesalio lo dibujaron en sus tratados anatómicos. En nuestro organismo, en la parte final del intestino grueso está el ciego, el cual tiene un pequeño órgano en forma de tubo llamado apéndice cecal (referente al ciego). Se localiza en la parte inferior derecha del abdomen, entre el ombligo y la cresta del hueso ilíaco derecho. Su función es básicamente inmunológica, aunque no es indispensable para la vida del ser humano. Su longitud varía, en promedio, entre 5 y 10 centímetros, y tiene de 6 a 10 milímetros de diámetro. Su extremo puede localizarse en diferentes zonas del abdomen o la pelvis. La apendicitis aguda (AA) es tan antigua como el ser humano; incluso, en momias egipcias se han encontrado evidencias de esta agonía. Aunque ya varios cirujanos en Europa operaban a pacientes con este padecimiento, fue solo en 1886 cuando el cirujano estadounidense Reginald Fitz publicó un artículo que describía el cuadro clínico y el tratamiento de esta dolencia. En 1889, el también estadounidense y cirujano Charles McBurney hizo la descripción del cuadro clínico y realizó la incisión que lleva su nombre.

¿Pero qué la provoca? Varias causas, como inflamación del tejido linfático (donde se encuentran los glóbulos blancos) que está en el apéndice, materia fecal endurecida (fecalitos o fecalomas) y, con menos frecuencia, algunos parásitos que se introducen en la cavidad estrecha de su interior, se ocluyen y se van distendiendo por líquido; cuando eso sucede, las bacterias proliferan y van comprometiendo todo el organismo. Como creen muchos, no son las semillas de frutos como la guayaba o la granadilla las causantes de apendicitis. El cuadro clínico, o cómo se presenta esta enfermedad, es muy variable. La mayoría de los casos ocurren entre los 10 y los 30 años, pero se puede presentar a cualquier edad. Unas 10 de cada 10.000 personas tendrán apendicitis, y puede verse aumentada su incidencia en épocas invernales, en especial en países con estaciones donde se presenten virosis como la gripa.

Se manifiesta, usualmente, así: el dolor abdominal, que empieza en la parte superior, luego puede pasar a la zona alrededor del ombligo y, por último, se localiza en la parte inferior derecha; poco a poco se va incrementando hasta llegar a ser muy severo, a tal punto que la más leve palpación de la zona resulta intolerable. La persona puede presentar pérdida del apetito, vómito, diarrea y malestar general. Es importante anotar que no necesariamente el cuadro clínico será exacto o igual para cada paciente.

El diagnóstico de la apendicitis es clínico; es decir, tras el interrogatorio y el examen físico del paciente. Algunas veces se requieren exámenes de laboratorio e imágenes especializadas para dilucidar el diagnóstico. En ocasiones es preferible una cirugía exploratoria, que tiene menos riesgos que dejar pasar una apendicitis. Si no se acude al médico para un manejo oportuno, la

enfermedad continúa avanzando, causando fiebre y deterioro progresivo del paciente. Esto pasa porque el apéndice termina gangrenándose, luego se perfora y el líquido infectado provoca una peritonitis (inflamación de una membrana que recubre los órganos del abdomen). La apendicitis aguda puede causar graves complicaciones y aun la muerte si no se maneja tempranamente.

La enfermedad puede ser diferente según la edad o condiciones del paciente. Por ejemplo, el cuadro difiere mucho en niños o ancianos. En los niños puede simular una indigestión, mientras que en ancianos el dolor no es tan evidente y no se le suele prestar atención. En las embarazadas es un reto el diagnóstico, pues el apéndice va cambiando de posición y el dolor puede ser atribuido al estado de gravidez; y una cirugía tardía puede causar la pérdida del fruto del embarazo. El tratamiento de la apendicitis está basado en el manejo antibiótico y el procedimiento quirúrgico, que varía según el tipo de apendicitis que presente el paciente: desde la inflamación inicial, que requiere una dosis de antibiótico, una pequeña incisión en la fosa ilíaca derecha o pequeñas incisiones si es laparoscópica, con salida a casa al día siguiente, hasta la peritonitis franca, que requiere un manejo más intensivo y prolongado. La cirugía de la apendicitis consiste en extirpar el órgano, seccionando y ligando su base de inserción en el ciego, y los vasos sanguíneos del apéndice. Como cualquier cirugía, la apendicectomía tiene riesgos de complicaciones inherentes, como la infección de la herida quirúrgica, lesiones abdominales, sangrado, filtración de materia fecal por el muñón apendicular. Y podrían llegar a requerirse otras cirugías. Las apendicectomías pueden representar entre el 30 y el 50 % de las cirugías de abdomen. Por ser una enfermedad tan frecuente, los médicos, ante un dolor abdominal, deben descartar primero esta entidad mediante observación y estudio del paciente en forma intrahospitalaria.

Si dura más de seis horas, se debe consultar a un médico.

Evite comer; aunque si hay pérdida del apetito, es indicio de algo grave. Automedicarse con analgésicos o antibióticos, que pueden ocultar la gravedad del cuadro clínico. Evite ir a droguerías para 'hacer consulta'.

Subestimar un dolor abdominal.

Es importante que seamos conscientes de esta letal enfermedad, tanto las personas en general como los médicos. No se debe retrasar la remisión de un paciente con diagnóstico presuntivo de apendicitis; requiere un manejo rápido y eficiente.

Hay que dar prioridad a estos pacientes en los servicios de salud.

LUIS ALBERTO PARRA OBANDO