

HISTORIA DE LA MEDICINA

MISERERE INFLAMATORIO - PASIÓN ILIACA - DOLOR ILIACO DERECHO UN RECORRIDO POR LA HISTORIA DE LA APENDICITIS

Raúl Haldo Pino Andrade*

* Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Cirujano del Departamento de Trauma y Emergencias del Hospital Vicente Corral Moscoso. Cirujano de la Clínica Santa Ana.

Correspondencia

Raúl Haldo Pino Andrade

Correo electrónico:

colegiomedicosazuay@hotmail.com

Dirección: Colegio de Médicos del Azuay.

Código postal: EC010156

Teléfono: (593) 09954 12631

Membrete Bibliográfico

Pino R., Miserere Inflamatorio - Pasión Iliaca - Dolor Iliaco Derecho Un Recorrido por la Historia de la Apendicitis. Rev Med Ateneo. 2017;19 (1): 92-97.

Artículo original acceso abierto

2017 Pino R. Licencia Rev Med Ateneo.

INTRODUCCIÓN

El enfrentar un cuadro de "Abdomen Agudo" es uno de los principales retos con los que tiene que lidiar un médico - general, internista, cirujano - durante su vida profesional. La diversidad de presentaciones que se desprenden de esta entidad ha deslumbrado y desconcertado a eminentes médicos en todas las épocas de la historia, no por algo la expresión: "el abdomen es una caja de sorpresas" posee en la actualidad vigencia absoluta.

La cotidianidad con la que se habla de este síndrome y de sus diferentes ramificaciones - abdomen agudo inflamatorio, perforativo, hemorrágico, oclusivo vascular o intestinal -, así como de sus diferentes etiologías - cálculos, parásitos, tumores, oclusiones- nublan nuestra mirada e impiden ver el gran camino transcurrido, gracias al cual, paso a paso, se ha podido descifrar al mismo.

Dentro de las causas más frecuentes de abdomen agudo se encuentra la apendicular, patología que causó gran mortalidad y controversia en su tratamiento durante las diferentes etapas históricas y de la trata este artículo.

HISTORIA

En la Edad Media el término que engloba parcialmente lo que conocemos como Abdomen Agudo es, el llamado, Cólico Miserere o Miserere mei, termino vulgar y cotidiano con el cual se describía a un cuadro de dolor abdominal severo, de instauración aguda acompañado de vomito fecaloide(1) producido por una oclusión abdominal y peritonitis con evolución fatal.

Fray Gil Villalón en 1731 propone tres causas productoras del cólico miserere: primero, retención de heces dentro del intestino (impactación fecal), segundo, torsión intestinal (vólvulos y hernias estranguladas) y tercero el cierre del intestino por inflamación, a esta última etiología se la conoce como Miserere inflamatorio, desencadenado posiblemente por un proceso de origen apendicular, el mismo que se presentaba como un cuadro clínico subagudo,

que a más de la oclusión se acompañaba de fiebre(2); por sus características de localización también se la denominó con los sinónimos, pasión iliaca derecha o dolor iliaco (3).

Algunas descripciones de miserere inflamatorio o pasión iliaca derecha nos permiten entender la importancia de esta enfermedad desde su oscuro nacimiento en la edad media hasta su instauración como entidad medica en el siglo XVII y XVIII:

-“Murió en Ámsterdam en 1668 un hombre de 40 años que había estado afectado de una enfermedad de consunción. Fue al fin atacado por una fiebre bastante severa catorce días antes de su muerte, su vientre dejó de funcionar el décimo día, emitió excrementos por la boca el décimo primero y murió tres días después. Nadie duda que la enfermedad no fuese una pasión ilíaca y realmente lo era”(2)

- “Esta enfermedad agudísima se llama entre los Griegos Eilio, y Celso le da el nombre de enfermedad del intestino ilion. Es una inflamación violenta del intestino, que si no se remedia prontamente, degenera en gangrena, y quita la vida”(4).

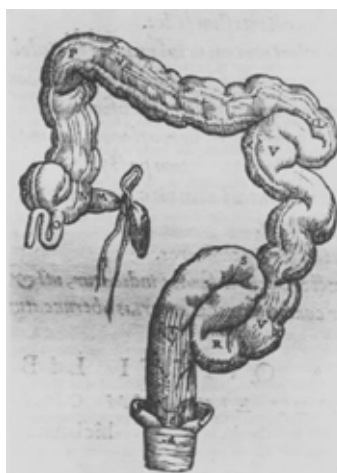
Incluso se cree que Nicolás Maquiavelo padeció esta enfermedad, se relata que sufrió graves “dolores de vientre ocasionados por un medicamento tomado dos días antes”(5) posiblemente desencadenando un cuadro de apendicitis, se cree que esta patología fue la causa de su muerte.

Si bien el órgano apendicular fue descrito por algunos anatomistas como: Leonardo Da Vinci en 1492, Berengario da Carpí 1521, Andrea Vesalio 1543, Jean Ferner 1554 (1), no fue hasta el siglo XVIII y la utilización más rutinaria de la autopsia, que se abrió el abanico monográfico de esta enfermedad y aunque lentamente, la patología apendicular fue surgiendo del oscurantismo reinante hasta el momento.

Morfología del Apéndice



Leonardo Da Vinci



Andrea Vesali

Lorenz Heister en 1711 describe el siguiente hallazgo durante la autopsia a un criminal, "próximo a mostrar el intestino grueso encontré el apéndice vermiforme del ciego prematuramente negro. Cuando estaba a punto de separarlo, sus membranas se abrieron y descargaron dos o tres cucharadas de materia"(6). Meistivier en 1759 reporta un apéndice perforado por alfiler más absceso en un paciente que había fallecido a los 45 años. Jhon Hunter en 1767 describe encontrar un apéndice gangrenoso durante la autopsia del coronel Dalrymple(5) y su discípulo James Parkinson en 1812 genera la primera descripción de la "escolecoditis perforada mortal"(5) estableciendo una relación entre la inflamación apendicular y la peritoneal.

En 1735 Claudius Amyand realiza por serendipia la primera apendicetomía conocida, al intentar reparar una hernia inguino escrotal de un niño de 11 años llamado Havill Anderson, grande debió ser su sorpresa cuando al incidir el escroto del muchacho encontró un apéndice con fístula protruyendo por el saco herniario fruto de una perforación por alfiler(5). Louyer-Villermay en 1824 describe dos muertes por apendicitis que luego de la autopsia mostró a este negro y gangrenoso, Melier en 1827 aporta seis casos más con los mismos hallazgos, por lo cual se vislumbra la posibilidad de la exeresis quirúrgica precoz del apéndice.

Pese a todas estas señales, el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda no tuvo una aceptación favorable, el profesor Jaime Brostóns B. indica 4 posibles causas para esto:

- Barrera Terminológica: el término apéndice hacía referencia a las epífisis óseas y no al órgano localizado en la fosa iliaca derecha, para esto se utilizaba los términos de tiflitis, paratífritis, peritífritis.
- Noli me tangere ("no me toques"): miedo a las operaciones abdominales que podrían en esta época ser fatales.
- La creencia de que las sangrías o su modificación, la utilización de sanguijuelas, suponían la curación de todo mal.
- Guillaume Dupuytren, personaje eminente de la época que no acreditaba los trabajos realizados por sus coetáneos y que gracias a su notoriedad y prestigio no permitió la expansión de estas ideas, pues sostenía "que el ciego es el origen indiscutible de los flemones iliacos"(5).

En 1839 Bright y Addison en su libro "Elementos de la práctica médica" describen la sintomatología generada por la apendicitis, afirmando que esta patología es la causante de la dolencia de la fosa iliaca derecha. Henry Hancock (1848) y Willard Parker (1867) utilizan el drenaje de los abscesos apendiculares con reducción de la mortalidad por esta enfermedad(7).

Si bien muchos cirujanos realizaron apendicetomías que no fueron reportadas tempranamente como: Lawson Tair, quien operó en 1880 a una muchacha de 17 años por apendicitis gangrenosa, conociéndose esta 10 años después; Abraham Groves quien en 1883 intervino a un niño de 12 años por apendicitis inflamatoria, saliendo a la luz este hecho en su autobiografía publicada en 1934, fue Reginald Heber Fitz, patólogo de la universidad de Harvard quien en 1886 propondría el término de "apendicitis" y su tratamiento precoz, basado en una revisión de 257 autopsias de pacientes fallecidos por esta causa y de los cuales 209 fueron catalogados como tiflitis (1).

John Murphy en 1889 esquematiza la secuencia clínica de la apendicitis (cronología de Murphy) caracterizada por dolor en epigastrio o periumbilical que migra a fosa iliaca derecha acompañado de anorexia, si al cuadro se suma leucocitosis y fiebre se la cataloga péntada de Murphy (8), en ese año reportó 8 casos de apendicetomías por apendicitis aguda en la Sociedad Médica de Chicago y 5 años luego 2000 casos (1). Posteriormente Jacob Blumberg determinaría el punto de dolor a la descompresión brusca de la fosa iliaca derecha que lleva su apellido y Guéneau de Mussy esta reacción generalizada (8).



Reginald Fitz



John Murphy



Noël Guéneau de Mussy

Hasta 1894 el abordaje quirúrgico de la patología apendicular no era estándar y fue precisamente en este año cuando este hecho cambio, Charles McBurney publica su artículo "The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis, with a description of a new method of operating" en el cual señalados aspectos importantes como el punto de máximo dolor en la fosa iliaca derecha, lugar de la localización de la base apendicular, Martínez G y Reyes H, transcriben parte del texto:

"Antes de describir los pasos de la operación, me referiré otra vez a la importante ayuda al diagnóstico del cual he hablado-nombrándolo, con certeza, por la presión de la punta de un solo dedo, que el punto de mayor dolor es, en el adulto promedio, casi exactamente dos pulgadas de la espina iliaca anterior, en una línea que se dibuja de este proceso hacia el ombligo. La mayor cantidad de dolor en este punto que en otros, tomando en conexión la historia del caso, así como otros signos bien conocidos, considero que casi es patognomónico de apendicitis. Este punto indica la situación de la base del apéndice de donde surge del ciego"(9).

Indicando el abordaje abdominal mediante incisión lateral oblicua y división lateral del musculo para llegar al apéndice*.



Charles McBurney

*Si bien se atribuye a McBurney la descripción del abordaje abdominal lateral, RAINEY WILLIAMS señala que el Dr. Lewis McArthur de Chicago, había trabajado en este abordaje al mismo tiempo de McBurney, pero la publicación de su artículo que debía estar listo para junio de 1894 se retrasó, en tanto la suerte intervino y el artículo de McBurney fue publicado el mes de julio, también señala que McBurney concedió a McArthur el mérito del abordaje mediante carta y públicamente, pero el término “incisión de McBurney” se ha continuado utilizando. Rainey Williams . A History of Appendicitis. Annals of Surgery. Vol 197.N5. May 1983.

Una variante a esta técnica fue planteada por Elliot de Boston en 1896, quien sugirió una incisión transversal, esta innovación no fue tomada en cuenta, pero en 1905 fue popularizada por E. Rockey y Gwilym Davis(10); Fowler en 1895 utilizó la invaginación del muñón apendicular mientras que en 1926 Dawbarn populariza la misma mediante la denominada bolsa de tabaco, la esterilización del muñón apendicular fue popularizada por Nelly 1905 (6).

En 1981 se da un giro al tratamiento de la cirugía apendicular, la habitual incisión lateral o media utilizada para la extracción del apéndice enfermo es sustituida por accesos mínimos gracias a los aportes de Kurt Semm, efectuándose la primera apendicetomía por vía laparoscópica (8). Desde este momento hasta la actualidad variantes de estas técnica han sido realizados (puertos en línea media, en flanco izquierdo y supra púbico, monopuerto, etc.) y la historia de la apendicetomía parece estar por cambiar pues, en la actualidad estudios pregonan la eficacia del tratamiento no operatorio de la apendicitis no complicada.

CONCLUSIÓN

La apendicitis aguda es una de las patologías más frecuentemente atendidas en los centros hospitalarios, representando el 7% de las causas de abdomen agudo, su mortalidad inicial cercana al 100% fue disminuyendo paulatinamente con los avances técnicos de la cirugía, y la utilización de antibióticos. Si bien la mortalidad de esta enfermedad ha disminuido grandemente es importante recordar los orígenes de la misma, los cambios en el paradigma que tuvieron que darse y, la gran entereza de los hombres que ayudaron a dar forma al tratamiento de esta enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Llanos O. Del Cólico Miserere a la Apendicetomía Laparoscópica. Rev Chi Cir. Agosto 2011. Vol. 66. N4: p. 376
2. Arcea B. El Cólico miserere (Miserere mei): Aportaciones sobre su etiología y características en la literatura médica de los siglos XVII-XVIII. Rev Esp enfer Dig. 2001. Vol. 93. N3; p 176-180.
3. Niño J. El “Cólico Miserere” y el Dolor Abdominal. CIRUPED. (2012). Vol. 2. N2. Junio: p 61-63
4. Mead R. Consejos y preceptos de medicina. Imprenta de Manuel Alvarez. Madrid. 1796. P. 98. Disponible en <http://babel.hathitrust.org/cgi/pt?id=ucm.5329191663;view=1up;seq=128> Actualizado 14 feb 2016
5. Brotóns J. Pasión Iliaca derecha. Medicina e Historia. 1996. N. 62. p 1-20

6. Hurtado W. Guerrero A. Historia de la apendicitis. Revista "Medicina" Vol 8. 2002. N 3. P 231-235.
7. Rainey, G. Presidential Address: A History of Appendicitis. Ann. Surg. May 1983 P. 498
8. Yong, P. Finn, B. Panki, L. Conesa, O. Conesa, O (h) Bruethsman, J. La apendicitis y su historia. Rev Med Chile 2014; 142: 667-672
9. Martínez, G. Enrique, H. Charles Heber McBurney: La incisión, el punto y el Cirujano. Cir Gen 2007;29:70-75
10. Williams, R. A History of Appendicitis. Annals of Surgery. Vol 197.N5. May 1983. P 495-506.

Créditos de Imagen

- Morfología del apéndice:
Rengel, C. Revista de la Sociedad Venezolana de Historia de la Medicina. Apendicitis Aguda. Su evolución y su historia. Disponible en: <http://revista.svhm.org.ve/ediciones/2016/2/art-14/>. Última actualización: 30 Mayo 2017
- Reginald Fitz: Disponible en. <https://collections.nlm.nih.gov/catalog.nlm.nih.gov/101440018-img>. Última actualización: 30 Mayo 2017
- John Murphy: González, M. Méndez, M. Echeverría, E. Martínez, G. John Benjamin Murphy: el signo y la medicina basada en evidencias. Cirujano General Vol. 33 Núm. 2 – 2011
- Noël Guéneau de Mussy:
Disponible. https://en.wikipedia.org/wiki/No%C3%ABl_Gu%C3%A9neau_de_Mussy#/media/File:No%C3%ABl_Gu%C3%A9neau_de_Mussy.jpg Última actualización: 30 Mayo 2017
- Charles McBurney: Yong, P. Finn, B. Panki, L. Conesa, O. Conesa, O (h). Bruethsman, J. La apendicitis y su historia. Rev Med Chile 2014; 142: 667-672.

CONTRIBUCIÓN DEL AUTOR

Raúl Haldó Pino Andrade

Contribuyó con la idea de la presentación del trabajo, planificación, redacción y revisión bibliográfica. El autor leyó y aprobó la versión final del manuscrito.

INFORMACIÓN DEL AUTOR

Profesor de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad de Cuenca. Cirujano del Departamento de Trauma y Emergencias del Hospital Vicente Corral Moscoso.

Cirujano de la Clínica Santa Ana.

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El autor cuenta con el consentimiento informado.

CONFLICTO DE INTERESES

El autor no reporta conflicto de intereses

COMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Pino R., Miserere Inflamatorio - Pasión Iliaca - Dolor Iliaco Derecho Un Recorrido por la Historia de la Apendicitis, Cuenca-Ecuador. 2017. Rev Médica Ateneo 2017; 19 (1): 92-97.