

Cartas al Editor

Mayor M.C. Editor de la Revista de Sanidad Militar
Apartado Postal 10-1166
C.P. 11649 México, D.F.

Newark, New Jersey, EUA, a 4 de agosto del 2005.
Distinguido Señor Editor:

Muy interesantes me parecen las conclusiones emitidas por la Dra. Berenice Reyes Cardona y cols. en el artículo denominado "Utilidad de la ecografía diagnóstica para el diagnóstico de la apendicitis atípica" (Rev Sanid Milit 2004; 58(6): 443-6), publicado en esa prestigiosa revista a su digno cargo editorial.

Como es conocido por el grupo médico, el diagnóstico preciso y oportuno de la apendicitis aguda atípica es particularmente importante, ya que el tratamiento diverge de manera radical en caso de que se determine o no su presencia antes de la admisión hospitalaria del paciente (tratamiento quirúrgico vs. observación o tratamiento médico), y esto acarrea consecuencias que deben ser observadas desde diferentes perspectivas.

Una intervención quirúrgica conlleva un alto índice de morbilidad, y la queja de "mal praxis" es un potencial en caso de imprecisión en el diagnóstico; por otro lado, la intervención quirúrgica irrestricta repercute de manera directa en el dispendio de los medios hospitalarios, o más grave aún, agregando morbilidad (sobre todo en el grupo de pacientes femeninos en edad reproductiva, quienes se pueden ver afectadas por infertilidad de origen tubo-peritoneal) e incluso mortalidad a pacientes con patología intraabdominal banal.

La literatura mundial señala que la incompresibilidad del apéndice cecal es el hallazgo más comúnmente encontrado en la ultrasonografía abdominal de los pacientes que presentan apendicitis aguda, corroborada intraoperatoria o histopatológicamente. Sin embargo, en un estudio preliminar conducido por López-Reyes y García-Núñez en el 2001, en el cual se evaluaron retrospectivamente 67 pacientes con apendicitis aguda, corroborada histopatológicamente tras la intervención quirúrgica; se encontró que en nuestro medio hospitalario la disminución local de la peristalsis es un hallazgo que está presente hasta en 85% de los casos. Desafortunadamente, no hay lugar para hacer comentarios adicionales, pues en ese estudio no se determinó la magnitud del diámetro apendicular, sino la presencia de grosor de la pared apendicular > 6 mm o asimetría en espesor de la pared apendicular (con una frecuencia relativa de ocurrencia de 15 y 7.5%, respectivamente).

La Dra. Reyes concluyó su estudio tomando en cuenta el diámetro total de la estructura apendicular. Posteriormente, nos señala que los resultados se validaron por medio de una reducción global de entre 15-20% en la tasa de laparotomías negativas. Esto posee una importancia relevante por las potenciales consecuencias que una intervención no terapéutica acarrea.

Me parece conveniente agregar a los conceptos vertidos por este magnífico artículo, que la disminución local de la peristalsis puede ser un hallazgo ultrasonográfico importante para tomarse en cuenta, lo cual queda sustentado por la alta frecuencia relativa de ocurrencia arrojada en el estudio preliminar mencionada previamente.

Por el momento, no me queda más sino agradecer la oportunidad de participar con nuestro órgano de divulgación científica, y recomendar ampliamente el estimular la publicación masiva de manuscritos de tanta calidad y utilidad, como el que motivó a esta comunicación.

Mayor M.C. Luis Manuel García Núñez
Cirujano General
International Visiting Scholar/Research-Fellow
Trauma Surgery and Surgical Critical Care
Department of Surgery - Division of Trauma
University of Medicine and Dentistry of New Jersey at Newark
Newark, New Jersey, USA.

Referencias

1. López RML, García Núñez LM, Chávez RJJ, Guerrero GVH, Rosales ME, Lever RCD, Enríquez PJA, Magaña SIJ. Hallazgos ultrasonográficos en apendicitis aguda. Proceedings of the XXV National Congress of General Surgery, Acapulco, Guerrero, México; November 2001.
2. Carson D, McFadden L, McFadden DW. Acute abdomen and appendix. In: Greenfield LJ, et al. Surgery, scientific principles and practice. 2nd Ed. Lippincot Raven Publishers. Cap. 54.
3. Styrd J, Josephson T, Eriksson S. Reducing negative appendectomy: evaluation of ultrasonography and computer tomography in acute appendicitis. Int J Qual Health Care 2000; 12(1): 65-8.

4. Rettenbacher T, et al. Presence of absence of gas in the appendix: additional criteria to rule out or confirm acute appendicitis-evaluation with US. *Radiology* 2000; 214(1): 183-7.
5. Gutiérrez CJ, et al. Doppler ultrasound accurately screens patient with appendicitis. *Am Surg* 1999; 65(11): 1015-7.
6. Eriksson S, Josephson T, Styrd J. A high grade of accuracy is possible in the diagnosis of appendicitis. Laboratory tests, ultrasonography and computerized tomography are of great value. *Lakartidningen* 1999; 96(25): 3058-61.
7. Stephens PL, Mazzucco JJ. Comparison of ultrasound and the Alvarado Score for the diagnosis of acute appendicitis. *Comm Med* 1999; 63(3): 137-40.
8. Vermeulen B, et al. Acute appendicitis: influence of early pain relief on the accuracy of clinical and US findings in the decision to operate - a randomized trial. *Radiology* 1999; 210(3): 639-43.
9. Hardin DM Jr. Acute appendicitis: review and update. *Am Fam Physician* 1999; 60(7): 2027-34.
10. Wilson SR. The gastrointestinal tract. In: Rumack CM, Wilson SR, Charboneau JW. *Diagnostic ultrasound. Volume I. 2nd Ed. Mosby Editions*, pp. 303-5.