

Respuesta a comentario al artículo “Apendicitis aguda. Manejo quirúrgico y no quirúrgico”

Answer to comment on article “Acute appendicitis. Surgical and non surgical treatment”

Luis Manuel Souza-Gallardo,^a José Luis Martínez-Ordaz^a

^aServicio de Gastrocirugía, Hospital de Especialidades, Centro Médico Nacional Siglo XXI, Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad de México, México
Correo electrónico: jlmo1968@hotmail.com

Estimado Doctor Murillo Godínez:

A lo largo del tiempo, la apendicectomía ha sido considerada como un evento quirúrgico seguro y sencillo. En las últimas décadas se ha intentado investigar la función del apéndice dentro del organismo. En varios estudios cientí-

ficos se ha visto que el apéndice vermiforme, antes considerado un órgano vestigial, tiene múltiples funciones, principalmente de índole inmunológica.

Recientemente se ha observado que el apéndice es una fuente importante de tejido inmunológico, incluidos los llamados biofilms,¹ encargados de repoblar la flora bacteriana del colon ante estímulos dañinos y del tejido linfoide asociado a mucosas. Además, se ha demostrado que cuenta con al menos 15 especies distintas de bacterias capaces de reconstituir la microbiota del colon.² Es a partir de estos hallazgos que se ha cuestionado la inocuidad de la apendicectomía.

En referencia a la asociación de la apendicectomía con la infección por *Clostridium difficile*, se ha reportado que la eliminación de este órgano aumenta el riesgo de infección recurrente³ o, incluso, de la necesidad de que se practique en el paciente una colectomía total;⁴ sin embargo, aún hacen falta estudios a largo plazo.

De igual manera, la asociación entre la apendicectomía y la disminución del riesgo de enfermedad inflamatoria intestinal se basa en el principio de que, al eliminar un órgano rico en tejido linfoide asociado a mucosas, se disminuye la reactividad inmunológica ante diversos estímulos nocivos. Incluso, se ha propuesto la apendicectomía como tratamiento de la proctitis ulcerativa con una mejora de los síntomas hasta en un 90% de los pacientes.⁵

Sin embargo, existe también bibliografía especializada que reporta que la apendicectomía no tiene asociación con patologías como las antes mencionadas, por lo que recomiendan, incluso, la realización de apendicectomías profilácticas o incidentales.⁶ Es a partir de esta información que el tratamiento de la apendicitis tiene, actualmente, dos vertientes distintas y la decisión, como fue mencionado en el artículo, dependerá de la experiencia y el criterio del cirujano, además de los recursos disponibles para el tratamiento.

Referencias

1. Randal Bollinger R, Barbas AS, Bush EL, Lin SS, Parker W. Biofilms in the large bowel suggest an apparent function of the human vermiform appendix. *J Theor Biol.* 2007;249:826-31.
2. Guinane CM, Tadrous A, Fouhy F, Ryan CA, Dempsey EM, Murphy B et al. Microbial composition of human appendices from patients following appendectomy. *M Bio.* 2013;4(1). pii: e00366-12.
3. Im GY, Modayil RJ, Lin CT, Geier SJ, Katz DS, Feuerman M et al. The appendix may protect against *Clostridium difficile* recurrence. *Clin Gastroenterol Hepatol.* 2011;9:1072-7.
4. Clanton J, Subichin M, Drolshagen K, Daley T, Firstenberg M. Fluminant *Clostridium difficile* infection: an association with prior appendectomy? *World J Gastroenterol.* 2013;5:233-8.
5. Bolin TD, Wong S, Crouch R, Engelman JL, Riordan SM. Appendectomy as a therapy for ulcerative proctitis. *Am J Gastroenterol.* 2009;104:2476-82.
6. Jaffe B, Berger D. Apéndice, en Brunicaardi F (ed.). *Schwartz. Principios de cirugía.* México: McGraw-Hill Interamericana; 2006; p. 1119.