

Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre
Departamento de Cirugía General

SECUENCIA DE MURPHY. VALOR REAL EN LA APENDICITIS AGUDA

SEQUENCE OF MURPHY. REAL VALUE IN THE ACUTE APPENDICITIS

Dr. Carlos Michel López Rodríguez.

*Especialista de Primer Grado en Cirugía General. Especialista de primer grado en
MGI. Máster en Urgencias Médicas. Profesor Asistente.*

*Dirección: Juan Delgado # 660 e/ Freyre – Andrade y Aranguren. Víbora. 10 de
Octubre. La Habana.*

Teléfono: 642 68 62

RESUMEN

La apendicitis aguda constituye en nuestro medio la primera causa de las intervenciones quirúrgicas de urgencia. Como objetivo nos trazamos: precisar los aspectos más importantes de la apendicitis aguda. Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los pacientes atendidos y operados con el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, durante octubre del 2012 a febrero del 2013. El universo quedó constituido por 76 pacientes, siendo la muestra 59 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión. Obtuvimos como resultados que las edades más afectadas fueron de 18 a 27 años con una afectación de un 44,0%, el dolor en fosa ilíaca derecha estuvo presente en todos los pacientes, con una variación en el resto de la sintomatología. El 74,5 % de los pacientes no presentó la secuencia de Murphy y en el 93,2 % coincidió el diagnóstico clínico con los hallazgos por anatomía patológica.

Concluimos diciendo que los pacientes más jóvenes fueron los más afectados por esta enfermedad, apareciendo el dolor en fosa ilíaca derecha como el síntoma más importante sin estar relacionado con la secuencia de Murphy, sin embargo, se encontró una correlación clínico patológico en la mayoría de los pacientes.

Palabras clave: apendicitis aguda, secuencia de murphy, apendicetomía.

ABSTRACT

The acute appendicitis constitutes in our means the first cause of the surgical interventions of urgency. To specify the most important aspects in the acute appendicitis it was carried out an observational, descriptive and prospective study of the assisted patients and operated on with the diagnosis of acute appendicitis at 10 de Octubre Surgical Clinical Educational Hospital (from October 2012 to February 2013). The universe was constituted by 76 patients, being the sample 59 patients that they fulfilled the inclusion approaches and exclusion. The affected ages were from 18 to 27 years with an affectation of 44, 0%, the pain in grave iliac right was present in all the patients, with a variation in the rest of the symptomatology. 74, 5% of the patients didn't present the sequence of Murphy and in 93, 2% the clinical diagnosis coincided with the discoveries for pathological anatomy. The youngest patients were those more affected by this illness, appearing the pain in grave iliac right as the most important symptom without being related with the sequence of Murphy, however, it was a pathological clinical correlation in most of the patients.

Key Words: acute appendicitis, sequence of murphy, appendicectomy.

INTRODUCCIÓN

El anatómico Berengario Carpus (1522), citó por primera vez el apéndice y lo denominó “aditamentum”. El órgano también fue mencionado por Vesalio, Falopio y Vidio (1561), quien le dio el nombre de apéndice vermicular. Mestivien (1759), Lamothe (1766), Ladelot (1806) lo estudiaron y abrieron abscesos en la fosa ilíaca derecha que contenían cuerpos extraños como alfileres, por lo que estimaban que estos eran los causantes de la enfermedad. Dupuytren (1777-1835) negaba el origen apendicular de estos abscesos y sostenía con fiereza su causa cecal.¹

En 1848, Lewis en Estados Unidos volvió a poner sobre el tapete la existencia de la “apendicitis”. En 1851, el francés Laudet sostenía la noción clínica de la apendicitis y señalaba las características de sus perforaciones. En 1864, el norteamericano William Parker extirpó el apéndice por primera vez, sin embargo, algunos años más tarde, Morton, de Filadelfia y Treves, de Londres, se discutieron en 1877 la autoría de la primera apendicetomía.²

En 1886, Fitz hizo la primera y más completa descripción de la enfermedad e insistió con valor y decisión que su único tratamiento era el quirúrgico. En 1891, Shwarty hizo la primera operación en Francia y en 1893 Krauseld, Murphy y McBurney describieron las incisiones clásicas de operación.³

El clínico francés George Die La Foy, describió claramente su “calma traidora” y fue el más apasionado defensor de la rápida intervención quirúrgica. (7) En Cuba, el Dr. Francisco Plá presentó en 1893 una exposición en la Sociedad de Estudios Clínicos de La Habana, acerca del primer caso de apendicitis aguda. En nuestro medio constituye la primera causa de intervenciones quirúrgicas de urgencia (alrededor de un 60%). Se desarrolla más a menudo entre la segunda y tercera década de la vida, pero puede presentarse desde la primera infancia hasta la vejez extrema.⁴

Los síntomas pueden estudiarse aisladamente o en conjunto, cuando analizamos la sintomatología en conjunto el orden de los síntomas conserva en los casos típicos una disposición de alto valor diagnóstico que según la triada de Murphy, plantea:

1. Dolor en el epigastrio acompañado de náusea o vómitos, más tarde el dolor irradia a en FID (Punto Mc Burney), y posteriormente aparece fiebre.

Existen otros síntomas que forman parte de esta enfermedad como son:

2. Contractura abdominal e hiperestesia.
3. Alteraciones del pulso.
4. Constipación o diarrea, entre otros⁵

Es indudable en la Apendicitis Aguda, cualquiera que sea su localización no se altera la correlación que sitúa el dolor en primer lugar, apareciendo después los síntomas que dependen de la infección: Fiebre, leucocitosis; así cuando alguno de ellos antecede al dolor, estamos autorizados a pensar, como decía Murphy, que no

se trata de un ataque apendicular. Esto no quiere decir que se niegue el diagnóstico cuando falta un síntoma, nos referimos a la alteración del orden de presentación de los mismos cuando ellos están presentes.⁵

Se ha insistido mucho en el valor de las investigaciones de urgencia, como el leucograma, donde normalmente existe una leucocitosis con desviación a la izquierda, no obstante, existe un 4% de pacientes con apendicitis aguda en los que el leucograma es normal. A su vez, los casos que recorren las etapas sintomáticas prescindiendo de síntomas, o apareciendo estos en cortos intervalos de tiempo, o al mismo tiempo, son casi siempre graves, y esta peculiaridad señala la necesidad de la intervención quirúrgica más urgente, siendo esta, el tratamiento definitivo de la enfermedad.⁵

Actualmente hemos visto en nuestro hospital como un gran número de pacientes que recibimos en el cuerpo de guardia y son atendidos por dicha enfermedad, no presentan esta sintomatología tan exquisita, y a pesar de que algunas de las veces no tiene por qué cumplirse, observamos como la tan difundida secuencia de Murphy en una gran mayoría no está presente, por lo que nos preguntamos **¿Es realmente esta secuencia tan importante a la hora de diagnosticar la Apendicitis Aguda?**

OBJETIVOS

General:

- Precisar los aspectos más importantes de la Apendicitis Aguda.

Específicos:

1. Determinar el grupo etario más afectado por esta enfermedad.
2. Determinar la sintomatología presentada por los pacientes que permitieron el diagnóstico de la enfermedad y su conducta.
3. Identificar el cumplimiento de la Secuencia de Murphy en estos pacientes.
4. Determinar la existencia de correlación clínico-patológica.

DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de estudio:

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y prospectivo de los pacientes atendidos y operados con el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el Hospital

Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, durante el período del 1 de Octubre del 2009 al 1 de Febrero del 2010.

Universo y muestra:

El universo quedó constituido por 76 pacientes a los cuales se les diagnosticó la Apendicitis Aguda y fueron atendidos y operados en el Hospital Docente Clínico Quirúrgico 10 de Octubre, durante el período del 1 de Octubre del 2009 al 1 de Febrero del 2010. La muestra quedó conformada por 59 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose de forma aleatoria.

Criterios de inclusión:

1. Mayores de 18 años.
2. Pacientes de ambos sexos.
3. Historia clínica completa.

Criterios de exclusión:

1. Menores de 18 años.
2. Pacientes que rechazaron la colaboración para el presente estudio.
3. Incapacidad para proporcionar datos adecuados: Retraso mental del paciente, cualquier alteración de la conciencia o lenguaje que impida una respuesta adecuada de los mismos.

Recolección, procesamiento de los datos y presentación de la información.

Toda la información se recogió inicialmente en una ficha de recolección impresa (**fuelle primaria**) que contenía las variables a estudiar, y que se llenó de forma individual para cada paciente cuando asistía a cuerpo de guardia a partir de la confección de las historias clínicas (**fuelle secundaria**). Se revisaron además otros documentos, especialmente leucograma, informe de la biopsia e informe operatorio. Posteriormente dicha información se vertió en una base de datos de Excel. El tratamiento estadístico de los resultados se hizo de forma computarizada utilizando el paquete estadístico SPSS (Statistical Pachage for Social Sciences) versión 11.5 para Windows. Para el análisis de las variables descriptivas tal y como se relacionó en el acápite de operacionalización utilizamos medidas porcentuales. Los resultados fueron plasmados en forma de tablas.

Consideraciones éticas.

Para la realización de la investigación se presentó y se aprobó el proyecto de la misma en el Consejo Científico del hospital sede de la investigación y la Facultad de Ciencias Médicas correspondiente, así como en el comité de ética. Desde el punto de vista ético se tomaron en consideración los postulados de la Declaración de Helsinki. Además se obtuvo el consentimiento informado de los pacientes.

(Anexo 2)**Definición, clasificación y operacionalización de las variables.**

Para dar salida a los objetivos se midieron las variables siguientes:

Variables	Clasificación	Escalas	Características	Indicador
Grupo etario	cuantitativa discreta	18 a 27 28 a 37 38 a 47 48 a 57 58 a 67 68 o más	Según edad en años.	Por ciento
Secuencia de Murphy	Cualitativa nominal politómica	Dolor epigástrico Náuseas o vómito Dolor en FID Fiebre Contractura e hiperestesia Alteraciones del pulso Constipación o diarrea Leucocitosis	Según los síntomas y signos descritos por el paciente.	Por ciento
Correlación clínico - patológica	Cualitativa nominal dicotómica	Sí No	Según la coincidencia entre el diagnóstico clínico y el resultado de la biopsia.	Por ciento

RESULTADOS

Tabla 1: Distribución según edad. HDCQ" 10 de Octubre". Octubre 2012 – marzo 2013.

Grupos etarios	No	%
18 a 27	26	44,0
28 a 37	16	27,1
38 a 47	9	15,2
48 a 57	5	8,4
58 a 67	2	3,3
68 o más	1	1,6
Total	59	100

Fuente: Historia clínica.

Estos resultados demuestran que las edades más afectadas fueron de 18 a 27 años con una afectación de un 44,0%.

Tabla 2: Sintomatología presentada por el paciente. HDCQ"10 de Octubre". Octubre 2012 – marzo 2013.

Sintomatología	Sí	%	No	%
Dolor epigástrico	17	28,8	42	71,1
Dolor en FID	59	100	0	0
Náusea o vómito	22	37,2	37	62,7
Contractura	47	79,6	12	20,3
Fiebre	25	42,3	34	57,6
Taquicardia	32	54,2	27	45,7
Constipación o diarrea	1	1,6	58	98,3
Leucocitosis	39	66,1	20	33,8

Fuente: Historia clínica.

El dolor en FID estuvo presente en todos los pacientes, con una variación en el resto de la sintomatología, y en el 33,8 % no se encontró leucocitosis.

Tabla 3: Presencia de la Secuencia de Murphy. HDCQ"10 de Octubre". Octubre 2012 – marzo 2013.

Secuencia de Murphy	# Pacientes	%
Sí	15	25,4
No	44	74,5
Total	59	100

Fuente: Historias clínicas.

Importante a destacar que el 74,5 % de los pacientes no presentó la secuencia de Murphy, lo cual nos obliga a profundizar más en el diagnóstico correcto de esta enfermedad.

Tabla 4: Correlación clínico - patológica. HDCQ"10 de Octubre". Octubre 2012 – marzo 2013.

Correlación clínico - patológica	# Pacientes	%
Sí	55	93,2
No	4	6,7
Total	59	100

Fuente: Historias clínicas.

Esta tabla demuestra que en el 93,2 % coincidió el diagnóstico clínico con los hallazgos por anatomía patológica, lo cual corroboró el diagnóstico clínico.

DISCUSIÓN

La apendicitis aguda constituye en nuestra serie una enfermedad de las edades comprendidas entre 18 y 27 años, como también ha sido reportado por varios autores, coincidiendo en la frecuencia alta de aparición en la segunda y tercera décadas de vida, como un estudio del Hospital de México. México, D.F. 2006.⁶

Realizando un análisis de cada uno de los síntomas y signos de utilidad para el diagnóstico de la apendicitis, el dolor en FID fue el de mayor valor clínico. Otros como el dolor en epigastrio y la fiebre, a pesar de ser muy frecuentes, no mostraron mejor valor. Alvarado, le otorgó mayor valor en puntaje a algunas variables como el dolor en fosa ilíaca derecha, no así al dolor migratorio.⁶

Otros como Williams también le otorgan importancia al dolor y sensibilidad en cuadrante inferior derecho, pero le conceden alto valor como índice predictivo a la migración del dolor desde la región periumbilical, como manifestación casi exclusiva de la apendicitis.⁷

Al realizar una comparación entre los casos diagnosticados clínicamente y confirmados anátomo - patológicamente como apendicitis aguda, es importante señalar que nuestra muestra fue coincidente con otros estudios en donde más del 95 % de los casos operados por urgencia en el Hospital San Tomás de Chile, tenían esta enfermedad, sin olvidar que no contamos en nuestro Hospital con elementos complementarios sofisticados que nos ayuden a confirmar el diagnóstico, y nos basamos más en la clínica.⁸

No encontramos estudios que describieran en sí el comportamiento de la Secuencia de Murphy en los pacientes con Apendicitis Aguda, por lo que consideramos que la decisión clínica es alcanzar un diagnóstico certero y rápido, basado en una historia y examen físico que provean una información adecuada. A pesar de esto la diferencia de posibilidades existe y la decisión de operar o no es muy importante.

CONCLUSIONES

Los pacientes adultos jóvenes fueron los más afectados por esta enfermedad, apareciendo el dolor en fosa ilíaca derecha como el síntoma más importante sin estar relacionado con la secuencia de Murphy, sin embargo, se encontró una correlación clínico - patológica en la mayoría de los pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Humes DJ, Simpson J. Acute appendicitis. *BMJ* 333: PubMed Cross Ref Chem Port. 2009; p 530-534.
2. Ueberrueck T, Koch A, Meyer L, Hinkel M, Gastinger I. Ninety four appendectomies for suspected acute appendicitis during pregnancy. *W J Surg* 2004; 28:508-11.
3. Soler R. Abdomen agudo no traumático. La Habana: Editorial Ciencias Médicas. 2006; pp. 22-34.
4. Addiss DG, Shaffer N, Foewler BS, Tauxe RV. The epidemiology of apendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 2009; 132:910-25.
5. Banet, Vicente. Tratado de Cirugía General. 1954; 5: 3-123.
6. Sanabria A, Domínguez LC, Bermúdez CH, Serna A. Evaluación de escalas diagnósticas en pacientes con dolor abdominal sugestivo de apendicitis. *Biomédica*. 2007; 27:419-28. Disponible en Internet en: http://www.ins.gov.co/publicaciones/2007_biomedica_27n3_13_Evaluacion_de_escalas.pdf.
7. Guller U, Hervey S, Purves H. Laparoscopic versus open appendectomy outcomes comparison based on a large administrative database. *Ann Surg*. 2010; 239:43-52.
8. Beltrán MS, Villar RM, Tapia TF, Cruces KB. Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis. *Rev Chil Cir*. 2004; 56:269-74.