Rev. Cir. 2026;78(6):678-687
DOI: http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920260063195

Aspectos históricos de la apendicitis en Chile: desde la era preantibiótica hasta la cirugía contemporánea

Manuel Lizana-Corvera[1,2]

Historical aspects of appendicitis in Chile: from the pre-antibiotic era to contemporary surgery

Appendicitis was one of the diseases that enabled the development and consolidation of modern abdominal surgery by integrating clinical observation, clinicopathological correlation, timely surgical intervention, and septic focus control. This article analyzes the historical, clinical, technical, and epidemiological evolution of appendicitis in Chile, from the pre-antibiotic era to contemporary surgery. A narrative review of primary and secondary Chilean sources published between 1886 and 2025 was conducted, including medical theses, academic proceedings, publications from Revista Médica de Chile, hospital clinical series, and epidemiological records. The first documented appendectomy in Chile was performed by Dr. Ventura Carvallo Elizalde on April 18, 1896. During the same period, surgeons such as Olof Page, Raimundo Charlín, Manuel Barros Borgoño, and Lucas Sierra contributed to the national adoption of the concept of appendicitis and to the consolidation of early surgical intervention. During the first half of the twentieth century, appendicitis accounted for up to 30% of emergency surgical procedures, with high mortality in delayed and complicated presentations. The introduction of antibiotics, together with anesthetic, technical, and organizational advances, substantially reduced population mortality. The history of appendicitis in Chile reflects the evolution of national abdominal surgery and explains the development of current treatment standards.
Keywords: appendicitis; history of surgery; Chile; appendectomy; emergency surgery; mortality.

Resumen

La apendicitis constituye una de las enfermedades que permitió iniciar y consolidar la cirugía abdominal moderna, al integrar observación clínica, correlación anatomopatológica, oportunidad quirúrgica y control del foco séptico. El presente trabajo analiza la evolución histórica, clínica, técnica y epidemiológica de la apendicitis en Chile, desde la era preantibiótica hasta la cirugía moderna. Se realizó una revisión narrativa de fuentes primarias y secundarias nacionales entre 1886 y 2025, incluyendo tesis médicas, actas académicas, publicaciones de la Revista Médica de Chile, series clínicas hospitalarias y registros epidemiológicos. La primera apendicectomía documentada en Chile fue realizada por el Dr. Ventura Carvallo Elizalde el 18 de abril de 1896. En el mismo período, cirujanos como Olof Page, Raimundo Charlín, Manuel Barros Borgoño y Lucas Sierra contribuyeron a la adopción nacional del concepto de apendicitis y a la consolidación de la intervención precoz. Durante la primera mitad del siglo XX, la apendicitis representó hasta el 30% de las cirugías de urgencia, con mortalidad elevada en las presentaciones tardías y complicadas. La introducción de antibióticos, junto con mejoras anestésicas, técnicas y organizacionales, redujo de manera sustancial la mortalidad poblacional. La historia de la apendicitis en Chile refleja la evolución de la cirugía abdominal nacional y explica el desarrollo de los estándares actuales de tratamiento.
Palabras clave: apendicitis; historia de la cirugía; Chile; apendicectomía; cirugía de urgencia; mortalidad.

Profesor Asistente de Cirugía.
[1]Universidad de Chile, Hospital San Juan de Dios.
[2]Clínica INDISA. Santiago, Chile.

Recibido el 2026-05-19 y aceptado para publicación el 2026-06-23

Correspondencia a:
Dr. Manuel Lizana-Corvera
manulizana@uchile.cl

E-ISSN 2452-4549

CC BY

Introducción

La historia de la apendicitis representa uno de los hitos del desarrollo de la cirugía moderna. El reconocimiento del cuadro originado en el apéndice fue progresivo, requiriendo la integración de la descripción clínica, hallazgos anatómicos, clínicos y quirúrgicos. Una vez reconocido como un cuadro de evolución incierta, pudo ser abordado mediante tratamiento quirúrgico precoz, con resultados inmediatos, con baja morbilidad a pesar de la precariedad de la anestesia y de los cuidados operatorios.

En 1735, Amyand realizó una apendicectomía en un niño que presentaba una fístula secundaria a una perforación del apéndice con un alfiler contenido en una hernia inguinoescrotal[1].

Posteriormente Melier en 1827 planteó el origen apendicular de las manifestaciones en la fosa ilíaca derecha, pero sus ideas no pudieron consolidarse ante la ausencia de anestesia y antisepsia[2].

Durante el siglo XIX se discutió si el flegmón de la fosa ilíaca derecha estaba originada en el ciego o en sus alrededores, denominándose tiflitis o peritiflitis. En 1886 Reginald Fitz, acuñó el término apendicitis, integrando la clínica a los hallazgos anatomopatológicos, sentando las bases para justificar un tratamiento quirúrgico precoz[3].

La adopción de esta conducta no fue inmediata en el mundo. Durante años coexistieron la conducta expectante, la espera del plastrón y la intervención quirúrgica precoz. Los cirujanos norteamericanos, entre ellos Murphy y McBurney, fueron promotores de la operación temprana[4].

Primeras experiencias en Chile

En Chile, la incorporación del concepto de apendicitis se produjo a fines del siglo XIX. Lucas Sierra afirma: "Fue el profesor Manuel Barros Borgoño el primero en operar un flegmón de la fosa iliaca derecha en 1890; pero ya estaba imbuido en los principios de los cirujanos de América del Norte, y atribuyó desde el primer momento al apéndice el papel que verdaderamente le correspondía en la etiología de aquel flegmón"[2,4].

En 1894, el Dr. Olof Page, cirujano de Valparaíso, publicó el primer caso relacionado con apendicitis. Se trataba de un niño de 12 años operado en su domicilio por un plastrón apendicular abscedado. Page realizó una laparotomía en la fosa ilíaca derecha, drenó el absceso, y dejó un tapón de gasa, no realizó apendicectomía (Figura 1)[2,5,6].

Primera apendicectomía en Chile

La primera apendicectomía documentada en Chile fue realizada por el Dr. Ventura Carvallo Elizalde el 18 de abril de 1896, en el Hospital San Vicente de Paul (Figura 2). El caso fue presentado en sesión de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile del 7 de mayo de 1896, y posteriormente recogido por German Aliaga en su tesis sobre las primeras intervenciones en el país[7,8].

El caso clínico fue el siguiente:

Paciente de 21 años, ingresado al servicio de clínica quirúrgica del profesor Carvallo en el Hospital San Vicente de Paul el 13 de abril de 1896, por un cuadro de dolor abdominal iniciado tres días antes, asociado a vómitos, constipación y compromiso del estado general. Inicialmente fue tratado como una posible oclusión intestinal, recibiendo aceite de ricino y manejo expectante. Posteriormente, el examen clínico realizado por el Dr. Amunátegui, jefe de clínica, permitió sospechar una "apendicitis purulenta" secundaria a perforación apendicular, destacando dolor fijo en la fosa ilíaca derecha, defensa localizada y signos cutáneos inflamatorios regionales.

El 18 de abril de 1896, el Profesor Carvallo confirmó el diagnóstico y realizó la intervención quirúrgica bajo anestesia clorofórmica y rigurosa antisepsia. Se efectuó una laparotomía mediante una incisión de aproximadamente 12 cm en la fosa ilíaca derecha. Al abrir el peritoneo se evidenció abundante pus fétido y una cavidad purulenta que contenía el apéndice perforado en su tercio distal. El apéndice fue ligado con seda y resecado, identificándose además un coprolito intraluminal. Posteriormente se realizó drenaje mediante tapón de Mikulicz y curación algodonada amplia.

El examen macroscópico de la pieza operatoria describió múltiples ulceraciones y engrosamiento de las paredes apendiculares (Figura 3). La evolución postoperatoria fue favorable, sin complicaciones relevantes, siendo dado de alta el 25 de mayo de 1896.

Casos contemporáneos

Raimundo Charlín operó en mayo de 1896 un niño de 9 años con peritonitis apendicular. Realizó una laparotomía en la fosa ilíaca derecha, y apendicectomía, pero el paciente falleció al quinto día postoperatorio por sepsis[8].

Francisco Navarro de la clínica del Dr. Carvallo publica en 1898 dos nuevos casos, ambos con peritonitis difusa. A uno de ellos se le drenó cuatro litros de pus, y permaneció cuatro meses hospitalizado[9].

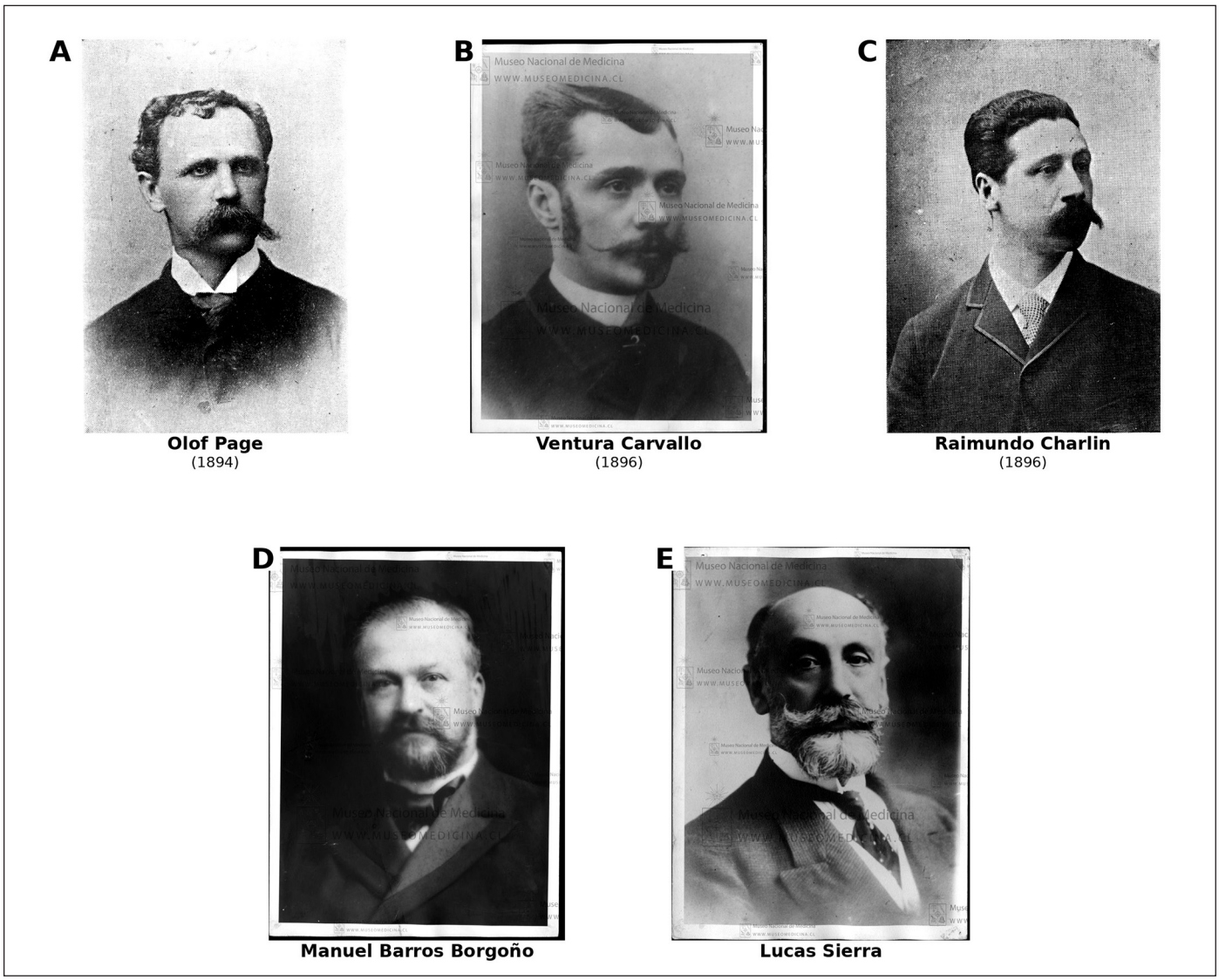


Figura 1. Pioneros del tratamiento quirúrgico de la apendicitis en Chile. **(A)** Dr. Olof Page, autor del primer caso publicado en Chile (1894), tratado mediante drenaje; **(B)** Dr. Ventura Carvallo Elizalde, quien realizó la primera apendicectomía documentada en el país (18 de abril de 1896); **(C)** Dr. Raimundo Charlín, quien efectuó en mayo de 1896 una de las primeras experiencias en el país; **(D)** Dr. Manuel Barros Borgoño, quien incorporó el concepto del flegmón apendicular en la práctica clínica nacional; **(E)** Dr. Lucas Sierra Mendoza, principal promotor de la doctrina de la intervención precoz en Chile durante las primeras décadas del siglo XX.

Doctrina de la Intervención Precoz

La adopción de realizar una intervención quirúrgica precoz fue un proceso lento y progresivo. En esta era preantibiótica, la cirugía tenía límites, una vez establecida la peritonitis y la sepsis, la apendicectomía podía no ser suficiente.

A pesar de esta premisa, a comienzos del siglo XX la conducta frente a la apendicitis todavía era motivo de discusión. Persistía la idea de esperar la formación de un plastrón o absceso antes de operar. Sin embargo, la experiencia acumulada mostró que la evolución de la apendicitis era impredecible.

En el Primer Congreso Médico Latinoamericano realizado en Santiago en 1901, Ventura Carvallo fue categórico al afirmar que "la expectación, en general, es más peligrosa que la intervención"[10].

En 1915 después de una experiencia de más de 500 apendicectomías, afirma: "En la clínica moderna: intervención precoz es un augurio de vida para el operado, de éxito para el operador y de prestigio para la cirugía"[11].

El Dr. Lucas Sierra a través de su clínica quirúrgica, y a fines del siglo XIX y principios del siglo XX , en correspondencias enviadas desde Europa, fue un activo promotor de la cirugía. En 1918 reafirmaba lo dicho por Dieulafoy: "la apendicitis diagnosticada a tiempo no mata jamás". Esta sentencia no era una afirmación absoluta, sino una síntesis de la doctrina quirúrgica de la época: la muerte no dependía de la operación, sino del retraso diagnóstico y de la progresión hacia la necrosis, perforación y peritonitis[12-16].

Cirugía de Urgencia: el dominio de la apendicitis

Los registros de la Asistencia Pública de Santiago entre 1917 y 1921 permiten dimensionar el impacto asistencial de la enfermedad. En ese período se realizaban entre 320 y 450 cirugías anuales. La apendicitis representaba aproximadamente el 15% del total, y la peritonitis apendicular alrededor del 10%. Esta distribución se mantuvo en las primeras tres décadas del siglo pasado (Figura 4)[17,18].

Este dato es central para el desarrollo de la cirugía nacional. La apendicitis no fue únicamente una enfermedad frecuente, fue una de las patologías que obligó a organizar la atención quirúrgica de urgencia.

Figura 3. Ilustración macroscópica correspondiente a una de las primeras apendicectomías realizadas en Chile en la era preantibiótica, publicada en el Boletín de la Facultad de Medicina de la Universidad de Chile en 1898.

Figura 2. Clínica Quirúrgica del Hospital San Vicente de Paul, Santiago de Chile, fines del siglo XIX. Se observa al Dr. Ventura Carvallo junto a su equipo médico durante una intervención, en el entorno donde se desarrollaron las primeras apendicectomías documentadas en el país. Fuente: Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Figura 4. Asistencia Pública de Santiago ca 1911. Constituyó uno de los principales centros de cirugía de urgencia del país, concentrando una elevada proporción de los casos de apendicitis. Las ambulancias visibles reflejan la organización del traslado sanitario de la época. Fuente: Ferrer P, editor. Higiene y Asistencia pública en Chile. Santiago: Imprenta, Barcelona; 1911.

Mortalidad en las primeras series chilenas

La primera serie de pacientes operados en Chile la presentó Carvallo en 1901, incluyó 51 pacientes, con una mortalidad de 5,8%[10]. En 1924 la Asistencia Pública entrega información de pacientes intervenidos por apendicitis aguda, donde se destaca la ausencia de mortalidad en formas simples, catarrales y flegmonosas. En peritonitis apendicular se observó un 15% de mortalidad[19].

En Concepción, René Ríos comunica una serie de 42 casos operados de peritonitis, con 21,4% de mortalidad[20]. En 1933, la Dra. Eleanira González de la Clínica del Dr. Sierra presenta 25 pacientes intervenidos por peritonitis, con 16% de mortalidad[21].

Estas cifras muestran que la mortalidad estaba determinada por la etapa evolutiva de la enfermedad al momento de la intervención (Tabla 1)[22-23].

Apendicitis Crónica: auge y caída de un diagnóstico confuso

La apendicitis crónica fue una entidad ampliamente utilizada durante la primera mitad del siglo XX. Su auge debe comprenderse dentro del contexto diagnóstico de la época: la clínica era el instrumento central, y muchos dolores abdominales prolongados o recurrentes fueron atribuidos al apéndice (Figura 5).

Carvallo ya describía cuadros apendiculares que se "aplastronaban" y que podían evolucionar con dolor recurrente[10,11]. En el Primer Congreso de Cirugía de Chile de 1924, García Tello señaló que el término comenzó a utilizarse alrededor de 1895. Se definía como una enfermedad toxiinfecciosa atenuada, de curso larvado, con síntomas variables. Se atribuyeron al apéndice síntomas digestivos, neurológicos, cardíacos, psiquiátricos y ginecológicos. La entidad perdió especificidad[24].

Lucas Sierra, en 1928, advirtió que *"este término es inexacto y engañoso; pero, consagrado por el uso y a falta de otro mejor, se ha conservado".*[25]

Muchos pacientes operados por apendicitis crónica no mejoraban. En 1941, Garretón et al. afirmaron: "no se debe curar otras enfermedades mediante la apendicectomía"[26].

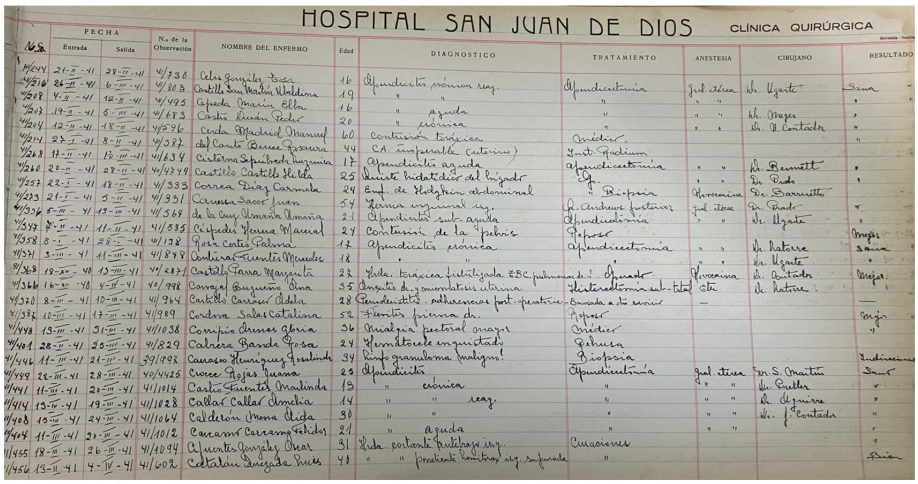
En las Jornadas de la Fundación Lucas Sierra de 1957, se revisó el problema desde la medicina interna, cirugía y pediatría. Se comprobó que un porcentaje elevado de pacientes presentaba otras patologías, especialmente ginecológicas o biliares. Recomendaron el abandono del diagnóstico, debido a que terminó siendo un resumidero de la patología dolorosa abdominal[27-29].

La apendicitis crónica debe interpretarse, por lo tanto, como una entidad de la era preimagenológica. Su desaparición representó un avance hacia una medicina basada en correlación clínico-patológica. En la actualidad, el tratamiento médico de la apendicitis aguda ha reabierto la discusión sobre recurrencia. En este escenario, conserva valor la advertencia de Lucas Sierra: *"curar del ataque no es de ninguna manera curar de la enfermedad"*[30].

Tabla 1. Mortalidad en series clínicas chilenas de apendicitis aguda y peritonitis apendicular

Serie	Periodo	Tipo clínico	n	Mortalidad (%)
Carvallo V.	1896-1901	Global	51	5,8
Asistencia Pública	1924	Apendicitis no complicada	101	0
		Apendicitis complicada	18	11
Asistencia Pública	1924	Peritonitis	20	15
Ríos R Concepción	1914-1930	Peritonitis	42	21,4
Gonzalez E. Clínica quirúrgica Dr. Sierra	1927-1932	Peritonitis	25	16
Allamand J. Hospital Barros Luco	1936-1941	Apendicitis no complicada	506	0,19
		Apendicitis complicada	30	3,3
		Peritonitis	48	14,5
Libuy Asistencia Pública	1972-1982	Peritonitis	300	4

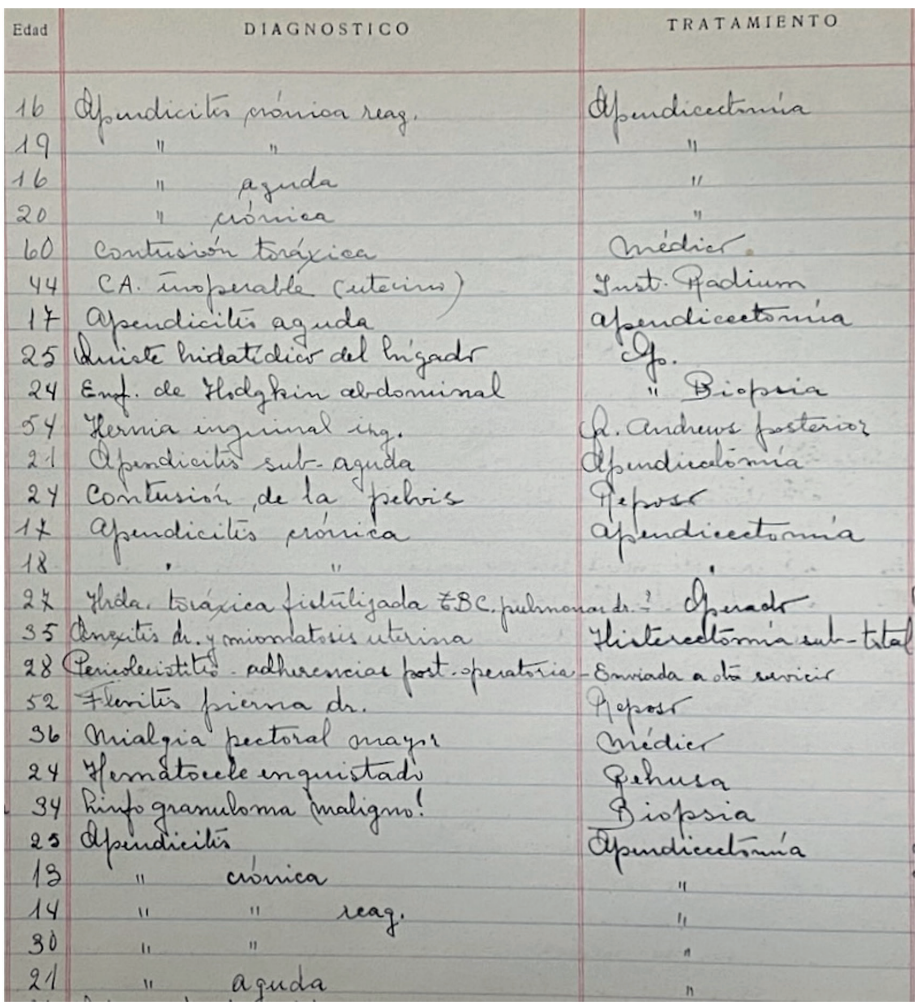
A



HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS — CLÍNICA QUIRÚRGICA

N.S	FECHA Entrada	FECHA Salida	N.o de la Observación	NOMBRE DEL ENFERMO	Edad	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO	ANESTESIA	CIRUJANO	RESULTADO
1/644	21-II-41	23-III-41	41/738	Celis González Rosa	16	Apendicitis crónica reag.	Apendicectomía	Gral. clíca	Dr. Ugarte	Sana
1/216	26-III-41	6-III-41	41/803	Castillo Soto Matilde Waldina	19	" "	"	" "	"	"
1/268	4-II-41	12-II-41	41/495	Oyarce Ormeño Elba	16	" aguda	"	" "	Dr. Vargas	"
1/263	19-II-41	5-III-41	41/683	Castro Rubén Pedro	20	" crónica	"	" "	Dr. Vargas	"
1/264	12-II-41	18-II-41	41/596	Cerda Madrid Manuel	60	Contusión torácica	Médico	" "	Dr. H. Contador	"
1/214	23-I-41	8-II-41	41/387	del Canto Barra Zoraya	44	CA. inoperable (uterino)	Inst. Radium			"
1/263	11-II-41	12-III-41	41/634	Cisternas Spurbeck Suzanne	17	Apendicitis aguda	Apendicectomía	" "	Dr. Bennett	"
1/260	28-II-41	28-II-41	41/4349	Castillo Castillo Nelda	25	Quiste hidatídico del hígado	Op.	" "	Dr. Prado	"
1/257	22-I-41	12-II-41	41/333	Correa Díaz Carmela	24	Enf. de Hodgkin abdominal	" Biopsia	Novocaina	Dr. Barrietto	
1/223	21-I-41	5-II-41	41/351	Carmona Saco Juana	54	Hernia inguinal izq.	Dr. Andrews posterior	Gral. clíca	Dr. Prado	"
1/234	5-II-41	13-II-41	41/568	de la Cruz Almarza Amanda	21	Apendicitis sub-aguda	Apendicectomía	" "	Dr. Ugarte	"
1/397	7-II-41	11-II-41	41/835	Cifuentes Herrera Marcial	27	Contusión de la pelvis	Reposo			Mejor
1/358	8-I-41	28-I-41	41/138	Yoyk Cortés Palma	17	Apendicitis crónica	Apendicectomía	" "	Dr. Naterre	Sana
1/534	3-III-41	11-III-41	41/888	Cardenas Fuentes Manuela	18	" "	"	" "	Dr. Ugarte	"
1/343	18-II-41	13-III-41	41/887	Castillo Tapia Margarita	22	Herida toráxica fistulizada TBC pulmonar ¿?	Operador	Novocaina	Dr. Contador	Mejor
1/366	16-II-41	4-III-41	41/998	Carvajal Bruzzone Ilma	35	Anexitis de y miomatosis uterina	Histerectomía sub-total	Gral.	Dr. Naterre	"
1/320	8-III-41	10-III-41	41/944	Castillo Carrasco Adela	28	Pseudoquistes adherencias post operatorias	Enviada a otro servicio	—		—
1/378	10-III-41	17-III-41	41/989	Cardona Salas Catalina	52	Fleritis pierna dr.	Reposo			Mejor
1/448	13-III-41	31-III-41	41/1038	Campos Armas Gloria	36	Mialgia pectoral mayor	Médico			"
1/404	28-II-41	28-III-41	41/829	Cabrera Parada Rosa	24	Hematocele enquistado	Pelvisa			
1/446	11-III-41	21-III-41	39/1798	Canseco Henriquez Fernando	34	Linfo granuloma (maligno)	Biopsia			Indirecciona
1/399	24-III-41	28-III-41	40/4425	Cuevas Rojas Juana	25	Apendicitis	Apendicectomía	Gral. clíca	Dr. S. Martín	Sana
1/491	11-III-41	20-III-41	41/1014	Castro Fuentes Orfelinda	13	" crónica	"	" "	Dr. Grotta	"
1/414	13-III-41	19-III-41	41/1028	Callar Callar Ornelia	14	" " reag.	"	" "	Dr. Izquierdo	"
1/408	13-III-41	24-III-41	41/1064	Calderón Mena Elida	30	" "	"	" "	Dr. J° Contador	"
1/404	11-III-41	31-III-41	41/1012	Cancaror Carrasco Fabiola	21	" aguda	"	" "		"
1/455	18-II-41	26-II-41	41/1044	Cifuentes González Oscar	31	Herida penetrante fusilazo izq.	Curaciones			"
1/454	13-II-41	4-IV-41	41/602	Castalán Zuñiga Inés	48	" " frontal hundimiento izq. supurada	"			Sana

B



Edad	DIAGNOSTICO	TRATAMIENTO
16	Apendicitis crónica reag.	Apendicectomía
19	" "	"
16	" aguda	"
20	" crónica	"
60	Contusión torácica	Médico
44	CA. inoperable (uterino)	Inst. Radium
17	Apendicitis aguda	Apendicectomía
25	Quiste hidatídico del hígado	Op.
24	Enf. de Hodgkin abdominal	" Biopsia
54	Hernia inguinal izq.	Dr. Andrews posterior
21	Apendicitis sub-aguda	Apendicectomía
27	Contusión de la pelvis	Reposo
17	Apendicitis crónica	Apendicectomía
18	"	"
22	Herida toráxica fistulizada TBC pulmonar ¿?	Operador
35	Anexitis de y miomatosis uterina	Histerectomía sub-total
28	Pseudoquistes adherencias post operatorias	Enviada a otro servicio
52	Fleritis pierna dr.	Reposo
36	Mialgia pectoral mayor	Médico
24	Hematocele enquistado	Pelvisa
34	Linfo granuloma (maligno)	Biopsia
25	Apendicitis	Apendicectomía
13	" crónica	"
14	" " reag.	"
30	" "	"
21	" aguda	"

Figura 5. Registro operatorio de apendicectomías en libro de pabellón del Hospital San Juan de Dios perteneciente a la Clínica Quirúrgica del Profesor Alfonso Constant del año 1941. Se observa la frecuencia de utilización del diagnóstico "apendicitis crónica", reflejando la amplitud del término en la era preimagenológica. Archivo del autor.

Apendicectomías en blanco y diagnóstico clínico

La doctrina de intervención precoz salvó vidas, pero tuvo un costo diagnóstico. En ausencia de apoyo imagenológico, la indicación quirúrgica descansaba en la clínica. Esto era especialmente complejo en mujeres jóvenes, donde la patología ginecológica podía simular apendicitis.

Se describieron tasas de apendicectomía en blanco de hasta 40%. Esta cifra debe interpretarse en su contexto. No corresponde a liviandad diagnóstica sino al resultado de una estrategia que privilegiaba evitar la perforación y la muerte en una época sin diagnóstico imagenológico y sin antibióticos[31].

El problema se agravaba por la inclusión de cuadros crónicos dentro del espectro apendicular. Por ello, la desaparición de la apendicitis crónica y la incorporación de mejores métodos diagnósticos permitieron reducir progresivamente estas intervenciones innecesarias.

Técnica quirúrgica

La técnica quirúrgica de la apendicectomía en Chile evolucionó desde abordajes amplios hacia incisiones más selectivas. En las experiencias iniciales, Carvallo utilizó la laparotomía de Roux, una incisión situada medial a la espina ilíaca con concavidad interna, paralela al ligamento inguinal[10].

La laparotomía de McBurney, descrita en 1894 y conocida como incisión "en parrilla", se difundió como abordaje de elección. En Chile, Lucas Sierra fue uno de sus principales promotores[4].

Sin embargo, la elección del abordaje dependía de la extensión del proceso. Las peritonitis localizadas podían abordarse por incisiones paramedianas o laterales, mientras que las peritonitis difusas exigían laparotomía media. En este contexto, Sierra afirmaba: *"Por las incisiones pequeñas he visto salir sangre, pus, materia excrementicia y algunas veces el apéndice"*[32]. Esta frase resume la filosofía quirúrgica preantibiótica: la exposición amplia era un principio de seguridad.

El manejo del muñón apendicular fue otro punto de debate. Se utilizaron ligadura simple, ligadura con jareta e inversión, inversión sin ligadura, aposición del mesoapéndice sobre el muñón e incluso invaginación completa. Las series nacionales muestran variabilidad según escuela quirúrgica, sin diferencia en los resultados (Figura 6)[32].

Drenaje y lavado peritoneal

El drenaje fue considerado durante décadas un elemento esencial en el tratamiento de la apendicitis complicada. En la era preantibiótica, su indicación parecía lógica: evacuar pus, evitar acumulación de secreciones y permitir control local de la infección.

Con el tiempo, la experiencia ha llevado a cuestionar el drenaje sistemático. René Ríos sintetizó esta controversia al afirmar: *"Cuando hemos dejado un drenaje perfecto, el curso de la enfermedad nos vino a confirmar, muy pronto, lo innecesario de su uso"*[20].

El aseo peritoneal también evolucionó. Inicialmente se realizaba con gasas y compresas. Luego se incorporó solución fisiológica, antibióticos locales e incluso soluciones antisépticas como povidona yodada diluida[23]. La tendencia moderna ha ido hacia un manejo más selectivo, privilegiando aspiración y retiro del material purulento por sobre lavados indiscriminados.

Movilización precoz y estadía hospitalaria

El postoperatorio también refleja la evolución de la cirugía. En 1918, Lucas Sierra describía que la primera levantada se permitía al quinto día postoperatorio y el alta hospitalaria al octavo día. Esto respondía al temor a la evisceración, infección de herida y complicaciones intraabdominales[4].

En 1937, Ignacio González, de Concepción, estudió la primera levantada postoperatoria. Sus observaciones mostraron que los operados mediante laparotomía de McBurney podían levantarse entre las 24 y 72 horas, sin aumento de complicaciones. El impacto fue directo, la estadía disminuyó de 8 a 4 días[33].

En las décadas siguientes, la movilización precoz se consolidó. En la actualidad, una proporción importante de pacientes con apendicitis no complicada pueden ser manejados mediante cirugía ambulatoria o con hospitalizaciones abreviadas.

Introducción de antibióticos e impacto terapéutico

La introducción de antibióticos en Chile desde 1944 marcó el punto de inflexión más importante en la transición desde la cirugía exclusiva hacia el tratamiento integral de la apendicitis. Hasta ese momento, la cirugía era el único recurso disponible para modificar el curso de la enfermedad. La incorporación de la penicilina permitió reducir de manera significativa la mortalidad de las formas complicadas [34,35](Figura 7).

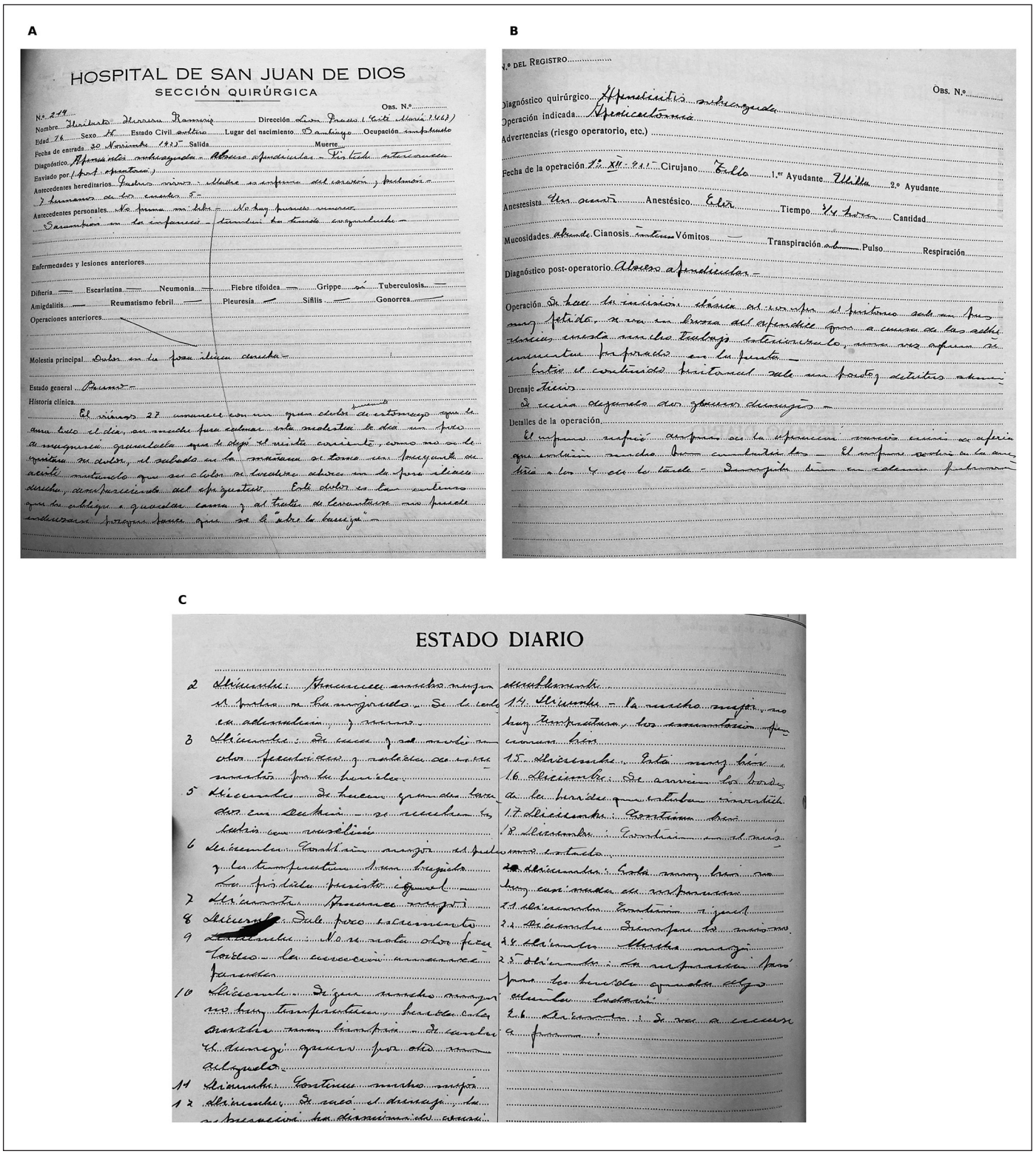


Figura 6. Ficha clínica **(A)**, protocolo operatorio **(B)** y evolución postoperatoria **(C)** de un paciente ingresado al Hospital San Juan de Dios de Santiago el 30 de noviembre de 1925 por apendicitis aguda asociado a absceso apendicular. Intervenido el 1 de diciembre de 1925 durante la era preantibiótica. La evolución postoperatoria se prolongó por 26 días. Fuente : Colección Museo Nacional de Medicina. Facultad de Medicina Universidad de Chile.

Mortalidad poblacional y transición epidemiológica

A medida que los registros sanitarios se consolidaron, los resultados se comenzaron a analizar a nivel poblacional.

En el año 1906, en uno de los primeros reportes que existen en Chile se describe una alta tasa de mortalidad en cuadros de apendicitis y peritonitis reflejando las limitaciones terapéuticas de la época. La mortalidad tiene un derrotero de descenso paulatino con un quiebre marcado posterior a la introducción de los antibióticos[35-39] (Tabla 2).

La tendencia descendente refleja la suma de diagnóstico oportuno, cirugía precoz, y avances médicos. Sin embargo, la mortalidad no desaparece. En la actualidad se concentra principalmente en adultos mayores, donde las presentaciones atípicas, el retraso diagnóstico, la comorbilidad y la fragilidad aumentan el riesgo. La historia conserva vigencia: la oportunidad diagnóstica sigue siendo, más de un siglo después, el factor central del pronóstico.

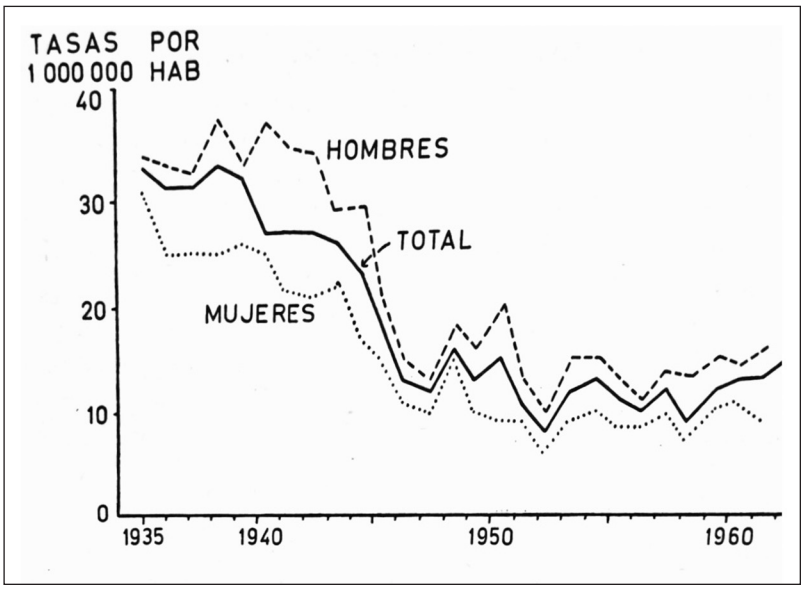


Figura 7. Evolución de la mortalidad por apendicitis en Chile entre 1935 y 1962, expresada en tasas por 1.000.000 de habitantes, diferenciada por sexo y total. Fuente: Medina E, Rojas C, Kaempffer AM. Rev Med Chile. 1965;93:703–710.

Apendicectomía laparoscópica

La cirugía laparoscópica marcó la transición hacia la mínima invasión. La primera apendicectomía laparoscópica en el mundo fue descrita en 1982 por Kurt Semm. En Chile, la primera apendicectomía laparoscópica documentada por apendicitis aguda fue realizada en noviembre de 1990 por el Dr. Marcelo Ross en Punta Arenas[40].

Su incorporación permitió explorar la cavidad abdominal con menor trauma, disminuir el dolor postoperatorio, reducir la infección de herida, acortar la estadía hospitalaria y mejorar el diagnóstico diferencial, particularmente en mujeres jóvenes.

Tabla 2. Evolución de la mortalidad por apendicitis en Chile

Año / período	Mortalidad (por 100.000 Habitantes)
1906 (Apendicitis y Flegmón de la FID)	3,7*
1906 (Peritonitis simple no puerperal)	7,7*
1938	3,2
1952	0,8
1960	1,25
1970	0,86
1987	0,43
2016	0,2

Conclusión

Desde la primera apendicectomía por Ventura Carvallo en 1896, la experiencia nacional muestra una progresión desde la observación clínica hacia la evidencia quirúrgica.

La era preantibiótica demostró que la oportunidad diagnóstica y operatoria determinaban el pronóstico. La introducción de antibióticos, las mejoras técnicas, la organización hospitalaria y la laparoscopía transformaron una enfermedad de alta letalidad en una patología de baja mortalidad.

Sin embargo, la historia mantiene vigencia. En adultos mayores, la presentación clínica atípica puede retrasar el diagnóstico y concentrar la mortalidad actual. Por ello, la enseñanza de Carvallo y Sierra persiste: en apendicitis, la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento continúa siendo el principio fundamental.

Bibliografía

1. Young P. La apendicitis y su historia. Rev Med Chile 2014;142 :667-72.
2. Reccius A. Historia y Desarrollo de la Cirugía Abdominal en Chile. Editorial Zig-Zag 1948.
3. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci 1886;92:321-46.
4. Sierra L. Las apendicitis y sus complicaciones: Operemos a tiempo. Imprenta Universitaria. Chile, 1918.
5. Page O. Laparotomia consecutiva a una operación para apendicitis supurada. Rev Med Chile 1894;22:457-60.
6. Reccius A. Algo sobre la historia de la apendicitis en Chile. Anales Chilenos de Historia de la Medicina Chilena. 1959 (1)27-32.
7. Carvallo V. Apendicitis y su tratamiento quirúrgico, sesión de 7 de mayo de 1896. Boletín de la Facultad de Medicina y Farmacia.1898:1;3-5.
8. Aliaga G. Sobre apendicitis. Estudio hecho con ocasión de las primeras resecciones de apéndice vermicular practicadas en Chile. Rev Med Chile 1896;24:321-43, 361-78.
9. Navarro F. Dos casos de apendicitis complicados con peritonitis purulenta generalizada, Laparotomía, Curación. El Progreso Médico 1898:8;51-56.
10. Carvallo V. Cirugía de la Apendicitis. En: Primer Congreso Médico Latinoamericano ;1901; Santiago, Chile. Santiago: Imprenta Barcelona; 1901.Vol. 3:133-47.
11. Carvallo V. Lecciones de clínica quirúrgica. Santiago: Imprenta Universo;1915.p. 349.
12. Sierra L. Las apendicitis consideradas desde el punto de vista quirúrgico. Rev Med Chile 1894;22:129-40.
13. Sierra L. De las apendicitis simples, por el profesor E.Sonnenburg (Berlín). Rev Med Chile 1895;23:436-59.
14. Sierra L. Las apendicitis agudas, Lección Clínica. Rev Med Chile 1906;34:161-70.
15. Sierra L. Apendicitis aguda (Toxi-apendicitis). Revista de Medicina e Higiene Prácticas. 1912;1:340-53.
16. Vargas Salcedo L. Veinticinco Años de Cirugía Abdominal. Anales de la Facultad de biología y ciencias médicas. 1937;4:304-35.
17. Boletín de la Asistencia Pública. Santiago: Asistencia Pública ;1917-1921.
18. Boletín de la Asistencia Pública. Santiago: Asistencia Pública ;1933-1937.
19. Asistencia Pública de Santiago. Anuario de la Asistencia Pública de Santiago:1924. Santiago: Imprenta Lagunas;1925. p.100-4.
20. Ríos R. Anuario de la Clínica Quirúrgica. En: Anales de la Universidad de Concepción. Tomo I, Año I,Fasc.1.Concepción: Universidad de Concepción; 1933.p.21-6.
21. González E. Drenaje en las peritonitis agudas. Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital. 1933 Sep; (Número extraordinario):37-40.
22. Del Pozo D, Imable J, Aguilera M, González R, Navarro R, Pino L, et al. La apendicitis aguda y sus complicaciones. En: Jornadas Clínicas de Verano, Viña del Mar: Fundación Lucas Sierra; 1957. p. 55-9.
23. Libuy R, Bardavid A, Ruiz M, Jensen A, Guerra C, Rodríguez A , y cols. Peritonitis apendicular. Rev Chil Cir. 1982;34:300-3.
24. Garcia T, Sugestiones sobre apendicitis crónica y algunas otras de origen general. En: Primer Congreso de Cirugía de Chile, Valparaíso, 1924.
25. Sierra L. ¿Es un mito la apendicitis crónica? Revista La Clínica 1928;5:1112-21.
26. Garretón A, Donoso A, Celis R. Sobre la frecuencia y el diagnóstico de la apendicitis crónica. Rev Med Chile 1941:69:183-7.
27. Hermosilla M, Román O, Retamales L. Apendicitis crónica como problema en medicina interna. En: Jornadas Clínicas de Verano, Viña del Mar: Fundación Lucas Sierra; 1957. p. 65-72.
28. González I. La apendicitis crónica como problema en cirugía. En: Jornadas Clínicas de Verano, Viña del Mar: Fundación Lucas Sierra; 1957. p. 73-80.
29. Quilodrán M, Radrigán W. El problema diagnóstico de la apendicitis crónica en el niño. En: Jornadas Clínicas de Verano, Viña del Mar: Fundación Lucas Sierra; 1957. p. 104-10.
30. Sierra L. Abdomen quirúrgico agudo. Revista La Clínica 1929;5:1433-42.
31. Medina E, Rojas C,Kaempfer A. El problema diagnóstico de la apendicitis. Rev Med Chile 1965;93:703-9.
32. Uribe P. Apendicectomía: técnica operatoria. En: Jornadas Clínicas de Verano, Viña del Mar: Fundación Lucas Sierra; 1957. p. 123-39.
33. González I. La levantada precoz en cirugía abdominal. Archivos de la Sociedad de Cirujanos de Hospital 1938;8:3-12.
34. Larraín Aguirre C. La Sociedad Médica de Santiago y el Desarrollo Histórico de la Medicina en Chile. Santiago: Imprenta Salesianos; 2002.
35. Romero H, Medina E, Rojas C. Epidemiología de la apendicitis. Rev Med Chile 1965; 93:497-503.
36. Dávila B. Demografía en general y de las ciudades y puertos principales. En: Ferrer P, editor. Higiene y Asistencia pública en Chile. Santiago de Chile: Imprenta, Barcelona; 1911. P.133-55.
37. De la Fuente M, Puga L, Braghetto I, Yentzen G. Características epidemiológicas de la apendicitis en Chile. Rev Chil Cir 1991;43:412-8.
38. Mella V, Baus B, Chuecas MF, De Bonis, Farago D, Garib A, et al. Apendicitis aguda: análisis descriptivo de la situación epidemiológica en Chile. Rev. Conflu (Internet).31 de julio de 2020;2(1):26-9. Disponible en : https://revistas.udd.cl/index.php/confluencia/article/view/496
39. Araya J, Silva J, Panza M, Csendes A. Cambios en la epidemiología de la apendicitis aguda en Chile entre los años 2010 y 2020. Rev Cir. 2025;77:461-8. DOI: http://dx.doi.org/10.35687/s2452-454920250052643
40. Ross M, Mandujano L, Hasbún S, Gallardo C, Miranda O. Apendicectomía laparoscópica: dos casos operados en un Hospital Regional. Rev Med Chile 1992;120:920-2.