

Artículo original

Apendicitis aguda en etapa pediátricaFrancisco Díaz de León Fernández de Castro,¹ María del Carmen Cárdenas Plancarte,² Jesús Aguilar Gutiérrez¹¹Hospital General Dr. Gonzalo Castañeda, ISSSTE, ²Hospital General Gineco-Pediatría 3A, IMSS**Resumen**

La patología apendicular pediátrica representa un reto para el médico: no detectada tempranamente aumenta la morbimortalidad y el costo hospitalario. Es importante su diagnóstico temprano, esencialmente mediante el cuadro clínico, destacando en éste, por su consistencia, postración, anorexia, dolor abdominal y vómito. La taquicardia, la febrícula o la fiebre, generalmente sugieren complicaciones. Siempre deberá complementarse el diagnóstico a través de los datos de laboratorio (leucocitosis, bandemia y neutrofilia) así como las imágenes radiológicas sugestivas. El laboratorio y los estudios de gabinete nunca deberán ser concluyentes.

Son frecuentes los hallazgos de las fases evolutivas avanzadas de la patología apendicular en el grupo pediátrico, ya que un alto porcentaje de los pacientes son sometidos a tratamiento con diagnóstico equivocado. Aunque hay un margen del 30 al 35% de laparotomías negativas, se compensan por la resolución quirúrgica oportuna.

Palabras clave: *Apendicitis, urgencias pediátricas.*

Summary

Appendicitis is always challenge to the pediatrician. If diagnosis is delayed morbimortality and hospitalary cost increases significantly. Early diagnosis stands mainly on clinical findings, prostration, abdominal pain, anorexia and vomiting; elevated pulse rate and temperature suggest complications. The diagnosis must always be complemented by laboratory findings (leukocytosis, bandemia and neutrophilia), and radiographic suggestive images. Laboratory and X-rays findings must never be definitive in the appendicitis diagnosis.

In pediatric surgical wards it is common to find advanced phases, due to the tendency to give medical treatment with a wrong diagnosis.

Although there is 30 to 35% of negative laparotomies that is compensated by a timely surgical resolution.

Key words: *Appendicitis, pediatric emergency.*

Introducción

El objetivo principal de la detección temprana de la patología apendicular que requiere intervención quirúrgica inmediata es disminuir la mortalidad, la morbilidad y el costo hospitalario. Eso representa siempre un reto para el clínico y en mucho mayor grado para el cirujano, quien deberá asumir la responsabilidad del diagnóstico y el tratamiento. Este reto se incrementa exponencialmente en los extremos de la vida, en donde, tanto en la etapa pediátrica como en la senil existen multitud de factores predisponentes. El pico de mayor incidencia es de 7 a 15 años de edad, y es una de las enfermedades más frecuentes dentro de la patología quirúrgica pediátrica.

El apéndice se encuentra en posición retrocecal en aproximadamente el 60% de los casos, anterior en 30 a 35% y en situaciones diversas en un 5%. La fisiopatología está constituida fundamentalmente por obstrucción de la luz apendicular, lo que da como resultado edema de la pared, acúmulo de secreciones y distensión, compromiso vascular e hipoxia, ulceración de la mucosa, invasión bacteriana intramural con licuefacción, gangrena y perforación. Según el grado de evolución, la apendicitis puede clasificarse en: a) simple. b) supurada, c) gangrenosa d) perforada e) abscedada.

Cuadro clínico. La sintomatología se inicia con dolor abdominal localizado al epigastrio o área periumbilical en el 99% de los casos, seguido de anorexia, náuseas y vómito en un 90% de los casos. Esto dura aproximadamente 8 horas y posteriormente el dolor se desplaza al lado derecho, generalmente al cuadrante inferior del abdomen. Al inicio es difícil de localizar por lo difuso, posteriormente se sitúa en el cuadrante inferior derecho, para hacerse en la última etapa, generalizado. Este cuadro debe permitir el diagnóstico en el 75% de los casos.

El dolor en un inicio es visceral, difuso, y de mínima severidad, seguido de dolor somático más severo y bien localizado, en el 45% de los pacientes. La anorexia y las náuseas se presentan en casi todos los pacientes, no siempre seguidas de vómitos, por lo que la presencia o la falta de éstos no constituye un criterio para el diagnóstico. Si los vómitos se presentan antes de los síntomas previamente

mencionados deberá cuestionarse el diagnóstico. La anorexia acompaña a la apendicitis en casi el 100% y debe cuestionarse el diagnóstico si el paciente tiene hambre. La mayoría de los pacientes refieren estreñimiento aunque puede ocurrir diarrea en algunos pacientes pediátricos de manera que la función intestinal es de poca utilidad para el diagnóstico diferencial. La elevación de la temperatura rara vez es mayor a 1°C. La frecuencia cardiaca y el pulso son normales o ligeramente aumentados, cambios que generalmente significan una complicación. La posición antiálgica mantiene a los pacientes acostados con los músculos retraídos hacia el lado derecho, en posición de gatillo. Los signos físicos típicos suelen localizar al dolor máximo en el punto de Macburney (Lanz, Morris), sensibilidad en todo el cuadrante inferior derecho al descomprimir el cuadrante inferior izquierdo (Rovsig, Capurro), irritación muscular localizada (psoas, obturador, talón) y también respuesta a la descompresión abdominal (Vombumbler).

Desde el punto de vista radiológico habitualmente se describen varias imágenes que se consideran sugestivas de la patología apendicular, destacando: niveles hidroaéreos y aumento de densidad en la FID, asa fija, borramiento de líneas preperitoneales, borramiento del psoas, fecalito visible y enfisema apendicular. En cuanto a los datos de laboratorio, generalmente se observa leucocitosis de 11,000 a 20,000, tres o más bandas, 75% o más de neutrófilos y 20% o más de linfocitos.

Dentro del diagnóstico diferencial deberán considerarse enfermedades intestinales parasitarias o infecciosas, urológicas, dermatológicas, metabólicas, traumáticas, ginecológicas, y más raramente torácicas o del sistema nervioso central.

El tratamiento ante un diagnóstico de apendicitis aguda deberá siempre ser quirúrgico, quizá con un breve período previo para mejorar las condiciones generales, hidratación e impregnación de antibiótico.

Material y método

El presente es un estudio prospectivo, observacional, que se realizó en el servicio de Urgencias Pediátricas Quirúrgicas, del Hospital General "Dr. Gonzalo Castañeda" del ISSSTE, y HGP3A del IMSS, en el período comprendido de marzo de 1996 a julio de 1998.

Se estudiaron 320 pacientes pediátricos que se llevaron a cirugía con el diagnóstico de apendicitis aguda, todos ellos con protocolo de estudio que incluyó historia y valoración clínica, exámenes radiológicos y de laboratorio.

Dentro de la historia y valoración clínica se consignaron datos como tiempo de evolución, síntomas (dolor y sus características), anorexia, náuseas y vómito, diarrea, constipación, taquicardia, fiebre, posición antiálgica y cronología de los mismos. Radiológicamente, la existencia de niveles hidroaéreos, borramiento del psoas, de grasa preperitoneal. Aumento de densidad

de FID, enfisema apendicular y fecalito visible. En los datos de laboratorio, existencia de leucocitosis y la cifra, bandemia, neutrofilia y linfocitosis. Se consignó el reporte del examen general de orina. En todos los casos considerados se recabó reporte histopatológico.

Resultados

Se estudiaron 320 pacientes de los que 223 (69-68%) eran niñas y 97 (30-32%) niños; el promedio de edad fue de 5.4 años (1-14). El estudio histopatológico confirmó el proceso apendicular inflamatorio en 233 (72.8%) de los casos. El tiempo de evolución en el momento de establecer el diagnóstico fue, en las primeras 24 horas 146 pacientes (45%), dentro de las 48 horas 119 pacientes (37%); dentro de las 72 horas 43 pacientes (13%) y más de 72 horas, 12 pacientes (3.75%). Debe destacarse que 120 enfermos (37.5%), habían recibido al menos una consulta médica sin que se sospechara el diagnóstico, e iniciando algún tipo de tratamiento.

En cuanto a la apreciación quirúrgica, la fase con la que fueron calificados los estadios evolutivos apendiculares fueron: apendicitis simple, 45 (14%); supurada, 162 (50.6%); gangrenosa, 89 (27.8%); perforada, 13 (4.06%) y abscedada 11 (3.4%).

El examen general de orina fue positivo en forma significativa (más de 10 leucocitos por campos y/o bacterias ++ ó más) en 68 enfermos (21.25%), a pesar de que 21 (30%) cursaban con apendicitis aguda fase supurada o gangrenosa.

En el cuadro 1 se muestran los resultados en cuanto al cuadro clínico, datos radiológicos y de laboratorio.

Discusión

La apendicitis aguda es un reto diagnóstico para el clínico y para el cirujano, acentuándose en la etapa pediátrica pues los datos radiológicos y de laboratorio no son como se describen habitualmente en el adulto, por lo que la experiencia y la excelencia de la clínica deben sustentar el diagnóstico.

Parece ser más frecuente en el sexo femenino. El dolor abdominal difuso (visceral) y la anorexia, son los dos datos más consistentes dentro de sintomatología (arriba 95%); dentro de la signología, y en un porcentaje inferior (78%), el vómito y la taquicardia serían los más frecuentes. A la exploración física, la postración es muy frecuente (96%).

Desde el punto de vista radiológico y de laboratorio los datos son sumamente inconsistentes y quizá únicamente la leucocitosis y los niveles hidroaéreos puedan ser significativos, reforzando el concepto de que podrán utilizarse como complemento pero nunca como pilares diagnósticos. En los pacientes pediátricos, y sobre todo el sexo femenino, es frecuente que coexista una infección de vías urinarias que confunda el diagnóstico apendicular.

Finalmente deberá cuestionarse el margen del 20% de laparotomías negativas aceptado por la mayoría de las escuelas qui-

