

Apendicitis aguda en niños menores de 3 años. Dificultad diagnóstica y complicaciones.

Dres. J. Ficardi, R. Rufeil, J. Benegas.

Servicio de Cirugía Infantil, Hospital Emilio Civit, Mendoza, Argentina.

Resumen

Entre 1983 - 1991, fueron operados 61 niños menores de 3 años con diagnóstico de apendicitis aguda. Se evalúa edad, sexo, exámenes de laboratorio, estudios radiológicos, uso de antibióticos, las técnicas quirúrgicas, complicaciones, el tiempo de evaluación preoperatoria y los errores de diagnóstico.

La Apendicitis Aguda en niños menores de 3 años ha sido poco frecuente (3,3%). Las complicaciones postoperatorias fueron del 43% y la mortalidad del 2%.

Se resalta la importancia del diagnóstico precoz, los índices de sospecha clínica y la hospitalización temprana.

Palabras clave:

Apendicitis aguda - Lactante.

Summary

Between 1983 and 1991, sixty-one children less than 3 years old were operated on for acute appendicitis. Several items were assessed: age, sex, laboratory and radiology findings, antibiotics, surgical techniques, complications, preoperative time, and misdiagnosis as well. It was concluded that acute appendicitis was not frequent in children younger than 3 years of age (3,3%), but it brought about a high level of morbidity (43%) and some mortality (2%). An early diagnosis would be an important fact, stressing suspicion indexes and a prompt hospitalization.

Key words:

Acute appendicitis - Infant.

Introducción

La apendicitis aguda (A.A.) es la enfermedad quirúrgica abdominal más frecuente en la niñez (1).

Aunque en los lactantes y comienzo de la primera infancia es de presentación más rara, hay un aumento de la morbimortalidad que implica mayor gravedad en estos primeros años de vida.

Se evalúan en forma retrospectiva un grupo de 61 pacientes menores de 3 años, poniendo especial interés en el diagnóstico, tiempo de espera, medicación previa ambulatoria, interconsulta al cirujano infantil, complicaciones y evaluación alejada.

Material y método

Fueron evaluados 61 pacientes menores de 3 años con diagnóstico clínico de apendicitis aguda, en el período comprendido entre junio de 1983 hasta junio de 1991.

Una vez realizado el diagnóstico clínico de apendicitis, se utilizó antibioticoterapia profiláctica en el preoperatorio una hora antes de la intervención quirúrgica.

Los esquemas antibióticos administrados cubrieron gérmenes aerobios gram negativos y anaerobios, se mantuvieron en el postoperatorio en caso de peritonitis por el término de 5 días como mínimo y sujeto a evolución clínica.

La vía de abordaje fue por incisión de Jalaguier en 23 pacientes (20 peritonitis, 3 plastrones), el resto fue por incisión de McBurney y McBurney ampliadas. En todos los casos de peritonitis se realizó lavado exhaustivo de la cavidad abdominal con Solución Fisiológica hasta obtener líquido claro. Se colocaron drenajes de látex en 12 pacientes, principalmente en los primeros años del período evaluado.

Los casos que presentaban plastrón apendicular fueron operados en período agudo.

Resultados

De un total de 9.120 operaciones de abdomen, 1.509 correspondieron a A.A. (16,5%) (fig. 1), y de estas, 50 eran menores de 3 años (3,3%) (fig. 2). De este grupo, 3 eran menores de 1 año de edad. El menor fue de 3 meses (promedio 28 meses).

De los 50 pacientes con apendicitis, 23 fueron de sexo femenino y 27 masculino. Dieciocho pacientes (36%) recibieron medicación ambulatoria previa (antiespasmódicos, antitérmicos y antibióticos).

Doce pacientes (24%) recibieron interconsulta a cirujanos infantiles en las primeras 48 hs, que no indicaron su internación. El promedio de tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas, hasta la internación fue de 60 hs. Rango: 1 a 4 días (cuadro 1).

Una vez internados, 17 niños (34%) permanecieron en salas de Cirugía con conducta expectante por el lapso de 6 hasta 24 horas.



Fig. 1: Incidencia de apendicitis en el total de cirugías abdominales realizadas. (1983-1991)

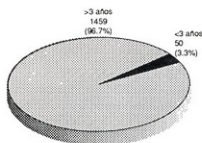


Fig. 2: Apendicitis aguda. Incidencia en niños menores de 3 años.

Cinco niños (10%) permanecieron internados en salas de clínica pediátrica con diagnóstico de enterocolitis desde 24 horas hasta 5 días (P. 72 hs.) (cuadro 3).

| | |
|--------------------------------|--------|
| Tratamiento ambulatorio previo | 36% |
| Interconsulta quirúrgica | 24% |
| Retardo de Internación | 61 hs. |

Cuadro 1: Factores que afectaron la evolución

A. Presentación Clínica

Los síntomas más frecuentes fueron: irritabilidad, llanto, anorexia, vómitos y fiebre en 46 pacientes, letargia y deshidratación en un paciente. Constipación en 10 y diarrea en 9 niños.

Con referencia a los signos clínicos encontrados, el más frecuente fue dolor abdominal a la palpación en 48 pacientes; localizado en fosa ilíaca derecha en 21 y difuso en 27. Defensa de la pared e irritación peritoneal en 23; distensión abdominal en 20; masa abdominal (plastrón) en 8 niños.

De 33 tactos rectales registrados, 19 fueron sugestivos para peritonitis: Douglas doloroso y/o abombado, persistencia de la defensa de la pared abdominal con maniobra bimanual.

B. Métodos auxiliares de diagnóstico

El recuento de glóbulos blancos fue:

Menos de 10.000 en 10 pacientes (20%)

10.000 a 14.000 en 29 pacientes (58%)

Más de 14.000 en 11 pacientes (22%)

El porcentaje de neutrófilos resultó:

Menos 60% en 5 pacientes (10%)

Entre 60 - 80% en 35 pacientes (70%)

Más 80% en 10 pacientes (20%)

Se efectuaron radiografías de abdomen en 15 pacientes y 5 mostraban datos sugestivos de peritonitis (signo de fleco inespecífico, mala distribución del aire, signo de reboque, asa cecincla). No se constató neumoperitoneo, ni imagen de coprolito.

Se efectuó una ecografía de abdomen, con resultado positivo, informando plastrón apendicular.

De 23 sedimentos de orina registrados, 19 resultaron normales y 5 patológicos, correspondiendo a 3 pacientes con peritonitis, un paciente con apendicitis flegmonosa y uno con apéndice normal.

C. Hallazgo operatorio

Los informes de patología de los 50 pacientes con AA se describen en la figura 3.

En este lapso se efectuaron 11 laparotomías con diagnóstico de apendicitis aguda en niños menores de 3 años con resultados negativos (error diagnóstico 18%), correspondiendo 6 a adenitis mesentérica, un Divertículo de Meckel complicado, un hematoma de duodeno, un síndrome de malrotación y dos peritonitis primarias.

Se efectuó cultivo de líquido peritoneal en 14 pacientes, aislándose *Echerichia Coli* y *Bacteroides* como gérmenes más frecuentes.

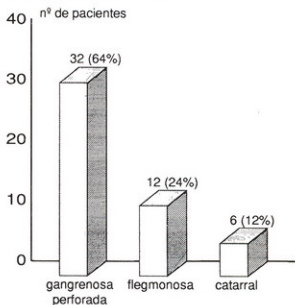


Fig. 3: Resultados de la anatomía patológica en apendicitis aguda de pacientes menores de 3 años.

D. Esquema de antibióticoterapia

Los antibióticos fueron administrados en forma profiláctica en el preoperatorio en 42 pacientes: 29 con Penicilina, Gentamina-Metronidazol; 8 con Ampicilina, Gentamina, Cloramfenicol; 3 con Ampicilina, Cloramfenicol y 2 con Cefalotina, Gentamicina.

Los esquemas antibióticos se mantuvieron en el postoperatorio durante un promedio de 8 días (rango 5-12 días) en las apendicitis perforadas.

E. Complicaciones

En los 50 pacientes operados con diagnóstico de apendicitis aguda las complicaciones fueron:

| | | |
|--------------------------------------|----|-------|
| Fallecidos (sepsis): | 1 | (2%) |
| Obstrucción intestinal (reoperados): | 4 | (8%) |
| Infección de heridas: | 18 | (36%) |
| Total complicaciones: | 23 | (43%) |

Sobre el total de los 61 pacientes de este grupo operados con diagnóstico de A.A.:

El diagnóstico preoperatorio fue correcto en el 82%

Error diagnóstico: 18%

El promedio de estadía postoperatoria fue 9,5 días (rango = 3-21 días)

Discusión

La apendicitis aguda tiene una baja incidencia en los primeros tres años de vida, siendo rara en el neonato (1).

Habitualmente existe un retardo en el diagnóstico y alto índice de complicaciones y de perforación apendicular que puede llegar a ser mortal (2).

Esta alta morbilidad es producto de lo difícil que resulta llegar a un diagnóstico precoz en esta edad.

La dificultad diagnóstica tiene su origen en:

a) Baja incidencia en el niño pequeño.

b) Factores anatómicos (epiplón corto, ciego móvil, menores contracciones involuntarias de la pared abdominal, localizaciones anatómicas atípicas)

c) Síntomas inespecíficos de comienzo.

d) Asociación de apendicitis con otras patologías sistémicas (infecciones de vías respiratorias superiores, enterocolitis, etc.) y en el neonato suele asociarse con enterocolitis necrotizante, ileo meconial o enf. de Hirschsprung) (3-4).

e) Interconsulta tardía.

Creemos que el diagnóstico se debe basar en el examen físico completo y seriado, con el paciente hospitalizado, más que en estudios auxiliares, que deberán apoyar el diagnóstico si son positivos y no excluirlo si son negativos (5).

Consideramos de importancia la internación precoz para una mejor evaluación y así disminuir

las complicaciones posteriores (3-6-7).

Se consideró error diagnóstico cuando se efectuó apendicectomía y la anatomía patológica de la pieza extirpada fue normal. En nuestro grupo: 18%.

A pesar del uso de antibióticoterapia profiláctica en el preoperatorio, hubo un índice de infecciones de heridas y abscesos intraabdominales del 36% (18 pacientes), porcentaje que no coincide con otras publicaciones que, si bien aceptan que la infección de la herida es la causa más frecuente de morbilidad en apendicitis, relatan porcentajes menores (6-8).

Con respecto a los plastrones apendiculares, algunos informan un 50% a esta edad. En este grupo 8 pacientes poseían plastrones (16%) y el tratamiento fue siempre intervencionista en período agudo (1-9).

Creemos que la consulta precoz, la internación temprana para observación y/o diagnóstico, la antibióticoterapia pre y postoperatoria, con un adecuado lavado peritoneal, son los pilares en los que se debe insistir para disminuir su morbilidad.

Bibliografía

- Holder J, Aschcraft K: Apendicitis en lactantes y neonatos. Cap. Pag. 557. Ed. Interamericana 1985.
- Feliú EA: La apendicitis en el niño. Revista del Hospital de Niños de Buenos Aires. 24(124) pag. 166, 1987.
- Perlasca E, Cerezi A, Volpi ML: Hospital Milano. División Cirugía Infant. Appendicite acute nei primi 3 anni di vita: Analisis delle difficoltà diagnostiche e delle complicanza.
- Gosfeld BL, Wemberger M, Worthy Jr. SC: Acute appendicitis in the first two years of life. J Pediatr Surg 8(2), 1983.
- Franco Del Río F, Gomez Castro A, Velasco Ariza J, División de Pediatría y de Cirugía Pediátrica. Hospital General Manuel Gea González: Apendicitis aguda en niños. Experiencia en Hospital General. Bol Med. Hospital Inf. de México. Vol 46, nº1, 35, 1989.
- Stevenson RJ: Dolor abdominal no relacionado con traumatismo. Clínica Quirúrgica de Norteamérica. Vol 4. Cirugía Pediátrica, 1220, 1985.
- Soriano H, Montes P: Abdomen agudo: apendicitis aguda. Pediatría al Día. Vol 4, 292 1990.
- Neilson IR, Laberge, Nguyen LT, et al, Montreal, Quebec: Apendicitis in children: Current therapeutic recomendations. J Pediatr Surg 25(11)1113-1116, 1990.
- Puri P, O'Donnell B: Apendicitis in Infancy J Pediatr Surg 13(2)173-174, 1978.

J. Ficardi

J.J. Paso 576
(5519) Dorrego - Guaymallén
Mendoza