



USO DE LA INCISIÓN CUTÁNEA EN PLIEGUE ABDOMINAL INFERIOR DERECHO PARA LA APENDICECTOMÍA EN NIÑOS

Dr. Antonio Gordils*
Dra. Diana Hidalgo**
Dra. Omayra Petit**
Dra. Lidisay Galeno**

Resumen

Objetivos: Resultados del uso de la incisión cutánea en el pliegue abdominal inferior derecho para la apendicectomía en pediatría.

Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo a 214 pacientes pediátricos con apendicectomía por esta incisión.

Ambiente: En el Hospital General del Oeste "Dr. José G. Hernández", desde enero 1998 a diciembre de 2000.

Resultados: De 214 pacientes se realizó apendicectomía apicobasales en el 81,8 %, a 2,8 % no fue posible la invaginación del muñón. Un 2,8 % de los pacientes necesitó modificaciones de la incisión original. Sólo el 3,7 % presentaron absceso de pared y el 95,3 % presenta resultados cosméticos satisfactorios.

Conclusión: El uso de esta incisión para apendicectomía en pacientes pediátricos ofrece resultados cosméticos satisfactorios con exposición quirúrgica adecuada sin aumentar las complicaciones.

Palabras clave: Incisión. Apendicectomía. Pediatría.

Abstract

Objectives: The results of the use of the cutaneous incision in right pleat abdominal inferior for the appendectomy.

Methods: A retrospective study to 214 patients with appendectomy for this incision.

Setting: In the General Hospital Del Oeste Dr. José G. Hernández. From January 1998 to December of the 2000.

Results: Of 214 pediatric patients, one carries out appendectomy classic in 81.8 %. To 2.8 % it was not possible the inversion of the stump. To 2.8 % of the patients needed modifications of the original incision. Alone 3.7 % presented wall abscess and 95.3 % it presents satisfactory cosmetic results.

Conclusion: The use of it is incision for appendectomy in patient pediatric she/he offers satisfactory cosmetic results with appropriate surgical exhibition without increasing the complications.

Key words: Incision. Appendectomy. Pediatric.

Introducción

La apendicitis aguda es la causa más común de dolor abdominal en niños. La cirugía por apendicitis es la operación más frecuente realizada en niños mayores de 4 años de edad^(1,2). La relación al sexo, se encontró una prevalencia del sexo masculino con respecto al femenino discreta de 3:2. A pesar que el diagnóstico y el tratamiento para la apendicitis aguda ha mejorado sustancialmente, continua siendo causa significativa de morbilidad y aunque muy raramente causa de muerte⁽³⁾. Charles McBurney describió en 1889 las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda no perforada e identificó el punto de máxima sensibilidad abdominal y propuso la incisión que hoy lleva su nombre. La primera apendicectomía con éxito se le atribuye a Thomas Morton en 1886⁽⁴⁾.

La ubicación del apéndice se ha descrito como el punto de McBurney (1/3 de la distancia de la espina iliaca anterosuperior derecha a la cicatriz umbilical)⁽²⁾. Sin embargo, existen variantes anatómicas bien descritas, ya que las diferentes porciones del ciego dependen del crecimiento del mismo, al igual que su grado de fijación y movilidad. Con respecto a la ubicación de la apéndice se han reportado un 65 % retrocecales, 31 % pélvicas y paracecales 1,5 %⁽⁵⁾.

La elección del abordaje en la realización de la apendicectomía es básica y se debe tener presente para obtener la mejor exposición y así extirpar el apéndice bajo visión directa⁽⁶⁾. Clásicamente se han descrito varios tipos de abordaje para la realización

(*) Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica. Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.

(**) Cirujanos pediatras egresados del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", Caracas.

de la apendicectomía, como lo son, en orden de frecuencia; la incisión tipo McBurney (incisión oblicua la cual pasa exactamente por el punto de McBurney), la incisión tipo Rockey-Davis (incisión transversa que pasa por el punto de McBurney) y por último se encuentra la incisión tipo Battle (incisión vertical que puede ser en la línea media o paramediana derecha) la cual se usa con mucho menos frecuencia y se utiliza cuando existen dudas diagnósticas ^(4,7-9).

Del grupo de incisiones debe elegirse la que brinde el mejor resultado cosmético, sin olvidar el precepto de una exposición adecuada. Los cortes que siguen las líneas de Langhorn brindan los mejores resultados estéticos. Mientras más pequeño es el niño, la piel y el tejido subcutáneo son más elásticos y móviles, lo cual permite un mayor margen para elegir la incisión cutánea ⁽¹⁰⁾.

Basándose en todo lo antes expuesto, el Dr. Antonio Gordils, Jefe del Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández", basándose en su experiencia personal, implantó desde 1974, la apendicectomía por medio de la incisión cutánea transversa en el pliegue abdominal inferior derecho; siendo la diéresis de los demás planos por la técnica clásica de McBurney, de esta manera se aprovecha las ventajas del resto del abordaje de la misma ⁽⁴⁾, esto se hace posible gracias a la elasticidad de la piel que permite la separación hasta ubicar a lo que correspondería en piel al punto de McBurney. Este tipo de incisión se usa en todos los niños cuando se sospecha de apendicitis aguda independientemente de la edad y tiempo de evolución de la enfermedad. La ubicación de la incisión en el pliegue abdominal inferior hace menos visible la cicatriz posterior, lo que es estéticamente más satisfactorio.

El presente trabajo expone la experiencia y los resultados del uso de la incisión cutánea en pliegue abdominal inferior derecho para la apendicectomía en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández" para determinar si el uso de esta incisión para la apendicectomía en pacientes pediátricos permite obtener mejores resultados cosméticos con una exposición adecuada, sin aumento en las complicaciones posoperatorias.

Metodología

Se realizó un estudio retrospectivo desde enero de 1998 hasta diciembre de 2000, tomando como población a estudiar 320 pacientes pediátricos entre 0 y 14 años de edad, a quienes se le realizaron apendicectomía mediante la incisión cutánea en

pliegue abdominal inferior derecho, en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital General del Oeste "Dr. José Gregorio Hernández". La muestra se conformó por 214 pacientes escogidos al azar. La técnica utilizada para el presente estudio se describe a continuación: incisión transversa cutánea siguiendo el pliegue abdominal inferior derecho, de aproximadamente 3 a 4 cm de longitud, por fuera de los músculos rectos del abdomen derechos, diéresis cortante del tejido celular subcutáneo hasta llegar a aponeurosis, se tracciona el borde superior de la piel hasta exponer el punto de McBurney, a partir de este momento se continuó con la técnica de McBurney para el abordaje de la cavidad abdominal. Los datos obtenidos fueron recolectados en un instrumento diseñado para tal fin (número de historia, edad, sexo, tiempo de evolución de la enfermedad desde el inicio de la sintomatología y el diagnóstico clínico, hallazgos operatorios, modificaciones sobre la incisión original, tipo de apendicectomía y complicaciones posoperatorias y resultados cosméticos de la incisión). Los resultados fueron analizados usando porcentajes.

Resultados

El grupo etario predominante fueron los escolares con 99 (46,3 %) pacientes, seguidos por 88 (41,1 %) adolescentes y 27 preescolares (12,6 %). No se presentaron casos en los recién nacidos, lactantes menores y lactantes mayores. En cuanto a la distribución por sexo, predominó el sexo masculino; 130 (60,7 %) sobre el femenino; 84 (39,3 %).

125 (58,4%) de los pacientes presentó un tiempo de evolución de la enfermedad entre 24 a 48 horas, 78 (36,4 %) para los tiempos menores de 24 horas, y 11 (5,2 %) presentó un tiempo de evolución de la enfermedad mayor de 48 horas.

Con respecto a los hallazgos operatorios tenemos: en la posición y movilidad del ciego se encontró que 188 (87,8 %) de los pacientes los ciegos estaban ubicados en la fosa ilíaca derecha (de los cuales 72,8 % eran móviles), los restantes 26 (12,2 %) se encontraban altos (sólo el 22,7 % eran móviles) (Cuadro 1). En relación con la ubicación de la apéndice los hallazgos fueron: 100 (46,7 %) laterocecal interna, 86 (40,2 %) retrocecales, 16 (7,5 %) laterocecal externa, 9 (4,2 %) pélvica y 3 (1,4 %) subhepática (Cuadro 2). En el aspecto macroscópico de la apéndice se observó que 119 (55,6%) de los pacientes presentaron apéndices en fase flegmonosa, 37 (17,3 %) en fase gangrenosa, 30 (14,0 %) perforadas y 28 (13,1 %) congestivas (Cuadro 3).

centro médico

Uso de la incisión cutánea en pliegue abdominal inferior derecho para la apendicectomía en niños

Cuadro 1

Ubicación anatómica el ciego y movilidad en los pacientes sometidos a apendicectomía por incisión cutánea en pliegue abdominal derecho

Ubicación	Móvil		Fijo		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Fosa ilíaca derecha	137	64,0	51	23,8	188	57,8
Ciego alto	11	5,1	15	7,1	26	12,2
Total	148	69,1	66	30,9	214	100

Cuadro 2

Aspecto macroscópico del apéndice cecal en los pacientes sometidos a apendicectomía por incisión cutánea en pliegue abdominal derecho

Aspecto macroscópico	Nº	%
Congestiva	28	13,1
Flegmonosa	119	55,6
Gangrenosa	37	17,3
Perforada	30	14,0
Total	214	100

Cuadro 3

Modificaciones realizadas sobre la incisión cutánea en pliegue abdominal derecho en los pacientes sometidos a apendicectomía

Tipo de modificación	Nº	%
Prolongación	6	2,8
Conversión a laparatomía	0	0,0
Ninguna	208	97,2
Total	214	100

El tipo de apendicectomía con mayor frecuencia realizada fue la apendicectomía apicobasal en 175 pacientes (81,8 %) y basoapical en los restantes 39 pacientes (18,2 %). La invaginación del muñón no se pudo realizar en 6 pacientes (2,8 %).

Sólo 6 (2,8 %) de los pacientes necesitó modificaciones sobre la incisión cutánea en pliegue abdominal inferior derecho, y en los restantes 208 (97,2 %) se mantuvo la incisión original. No se realizaron conversiones a laparatomía exploradora (Cuadro 4).

Cuadro 4

Tipo de complicaciones posoperatorias presentadas por los pacientes sometidos a apendicectomía por incisión cutánea en pliegue abdominal derecho

Tipo	Nº	%
Seroma	1	0,5
Absceso de pared	8	3,7
Absceso intraabdominal	1	0,5
Ninguna	204	95,3
Total	214	100

Se observó que sólo 8 (3,7 %) pacientes presentaron abscesos de pared. 1(0,5 %) paciente se complicó con absceso intraabdominal y otro paciente (0,5 %) con seroma de la herida operatoria. Los restantes 204 pacientes no presentaron ninguna complicación quirúrgica inherente a la incisión operatoria (Cuadro 5).

205 (95,3 %) de los pacientes presentaron resultados cosméticos satisfactorios y los 9 (4,7 %) pacientes restantes; con resultados cosméticos aceptables, incluso en los casos de infección de la herida quirúrgica (Cuadro 6).

Cuadro 5

Resultados cosméticos de la incisión cutánea en pliegue abdominal derecho en los pacientes sometidos a apendicectomía

Resultado	Nº	%
Satisfactorio	205	95,3
Aceptable	9	4,7
Malo	0	0
Total	214	100

Discusión

La descripción de la técnica de las incisiones para la apendicectomía fue descrita en textos clásicos de cirugía General ^(4,6,8,9), con igual aplicación en niños, no encontrando diferencia descrita de los resultados de los diferentes tipos de incisiones. Sin embargo, se puede comparar los resultados del

presente estudio con el uso de la incisión cutánea en pliegue abdominal inferior derecho para apendicectomía con los descritos para la incisión de McBurney o Rockey-Davis^(1,2,11).

En los resultados obtenidos se observó que la mayoría de los pacientes consultó con un tiempo de evolución de la enfermedad entre 24 y 48 horas, seguidos por los que consultaron antes de las 24 horas y un restante 5,2 % con más de 48 horas. Estos datos son importantes debido a las implicaciones clínicas en cuanto a la tardanza en el tratamiento, ya que entre más tarde se diagnostica y se resuelve el cuadro apendicular mayor será el índice de complicaciones^(1,2).

Se observó que 87,7 % de los pacientes, el ciego se ubicó en fosa iliaca derecha, de los cuales el 72,8 % eran móviles. Sólo 12,2 % presentaron una ubicación alta. La localización laterocecal interna fue la más frecuente (46,7 %), a diferencia con la bibliografía consultada, seguida de las retrocecales y laterocecales externas. La ubicación subhepática, la cual es muy rara según los artículos revisados, se encontró en un pequeño porcentaje de pacientes (1,4 %) (5). Estos resultados nos indican que este tipo de abordaje es adecuado y suficiente en la mayoría de la población basándose en la frecuencia de la ubicación anatómica del ciego y apéndice, como ya se explicó sólo la incisión en piel es diferente, ya que los restantes planos anatómicos de abordaron por la técnica de McBurney. La apendicectomía apicobasal se realizó en 81,8 % de los pacientes y sólo en 2,8 % no pudo llevar a cabo la invaginación del muñón, cuya causa descrita fue la friabilidad de los tejidos por la presencia de infección e inflamación importantes. Otro indicador importante de la utilidad de la incisión es el alto porcentaje de 97,2 % pacientes en quienes se mantuvo la incisión original. Del restante 2,8 % en los cuales la incisión fue modificada mediante la prolongación en piel en forma de J, siendo realizada prolongación en los demás planos por la técnica de McBurney. Al igual que los otros tipos de incisiones, la incisión cutánea en pliegue abdominal inferior derecho también permite variaciones en caso de necesidad por dificultades técnicas (6). Es importante destacar que en ningún caso se convirtió la apendicectomía en laparotomía exploradora. Los pacientes en quienes se realizó la modificación de la incisión original presentaron ciegos altos, fijos o apéndices subhepáticas.

Los abscesos de pared, como complicación posoperatoria se presentó en un 3,7 %, los seromas en 0,5 % y los abscesos intrabdominales en 0,5 %. Al revisar la literatura se encontró reportes hasta de un 5 % de abscesos de pared (6,11). Para la incidencia de abscesos intrabdominales se encontró hasta

un 2 % en las series revisadas⁽¹¹⁻¹³⁾. Al hacer las comparaciones las complicaciones posoperatorias del presente trabajo están por de bajo de las reportadas por la literatura.

En cuanto a los resultados cosméticos fueron satisfactorios en un 95,3 % de los pacientes, los cuales manifestaron su aprobación con respecto a los resultados de la misma. Los restantes 4,7 % se observaron una cicatriz aceptable gracias al pliegue natural que enmascaró la misma.

Conclusión

Ante los resultados obtenidos se puede concluir y recomendar; que la incisión cutánea en el pliegue abdominal inferior derecho para la apendicectomía en pacientes pediátricos es una técnica que ofrece excelentes resultados cosméticos, con una exposición quirúrgica adecuada sin aumentar los riesgos de complicaciones posoperatorias en comparación con las otras incisiones clásicas.

Referencias bibliográficas

1. Dado G, Anania G, Baccarani E, Marcotti A, Donini A, Rialti A, et al. Application of a clinical score for the diagnosis of acute appendicitis in childhood: A retrospective analysis of 197 patients. *J Pediatr Surg.* 2000;35(9):1320-1322.
2. Rothrock S, Pagane J. Acute appendicitis in children: Emergency Department Diagnosis and Management. *Ann Emerg Med.* 2000;36(1):39-51.
3. Anderson K, Parry R. Appendicitis. En: O'Neill James A, Rowe MI, Grosfeld JL, Fpnkalsrud EW, Coran AG, editores. *Pediatric Surgery. Volumen 2.* 5ª edición. St Louis, Missouri, EE.UU: Mosby Year Book Inc.; 1998.p.1369-1379.
4. Adams J. Apendicectomía por apendicitis aguda: drenaje de absceso apendicular. En: Nyhus L, Baker R, editores. *El dominio de la cirugía.* Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana. Volumen 2. 1999.p.1224-1237.
5. Schumpelick V, Dreuw B, Ophoff K, Prescher. Appendix and Cecum. *Surg Clin North Am.* 2000;80(1):295-311.
6. Berne T. Y Ortega A. Apéndice y Colon. En:

- Zinner M, Schwartz S, Ellis H, editores. Operaciones abdominales. Volumen 2. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana; 1999.p.1520-1532.
7. Montalvo A, Alvarez R. Apendicectomía por apendicitis aguda. En: Montalvo A, Alvarez R, editores. Guía de Procedimientos en Cirugía Pediatría. México: McGraw-Hill Interamericana; 1999.p.137-143.
8. Condon R. Appendicitis. En: Sabiston D, editor. Textbook of Surgery. 10ª edición. Filadelfia: W.B. Saunders Co.EE.UU; 1972.p.925-939.
9. Schwartz S. Apéndice. En: Schwartz S, Shires T, Spencer F, Cowles W, editores. Principios de Cirugía. Volumen 2. 5 edición. México; 1998.p.1173-1182.
10. Ashcraft K. Incisiones. En: Ashcraft K, editor. Atlas de Cirugía Pediátrica. México: McGraw-Hill Interamericana; 1996.p.1-3.
11. Warnee B, Kulick R, Stoops M, Mehta S, Stephan M, Kotagal U. An evidenced-based clinical pathway for acute appendicitis decreases hospital duration and cost. J Pediatr Surg. 1998;33(9):1371-1375.