

APENDICITIS AGUDA EN NIÑOS

Dr. Carlos Eduardo Prada S.

Dr. Leopoldo Briceño I.

Dr. Juan Rodríguez Y.

Dr. Gustavo Hernández

INTRODUCCION

Basados en el trabajo de Clemente (4) sobre los aspectos epidemiológicos de la apendicitis aguda, hicimos un análisis de los niños operados en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Universitario de Caracas en los años de 1982, 1983 y mitad de 1984 encontrándose 115 historias.

Del estudio de estos casos, hemos sentado pautas con el objeto de reducir el porcentaje de infección encontrados. Esto debido a errores en la técnica quirúrgica y al uso no sistematizado de antibióticos específicos para combatir la infección por la flora bacteriana usualmente presente en el colon.

MATERIALES Y METODOS

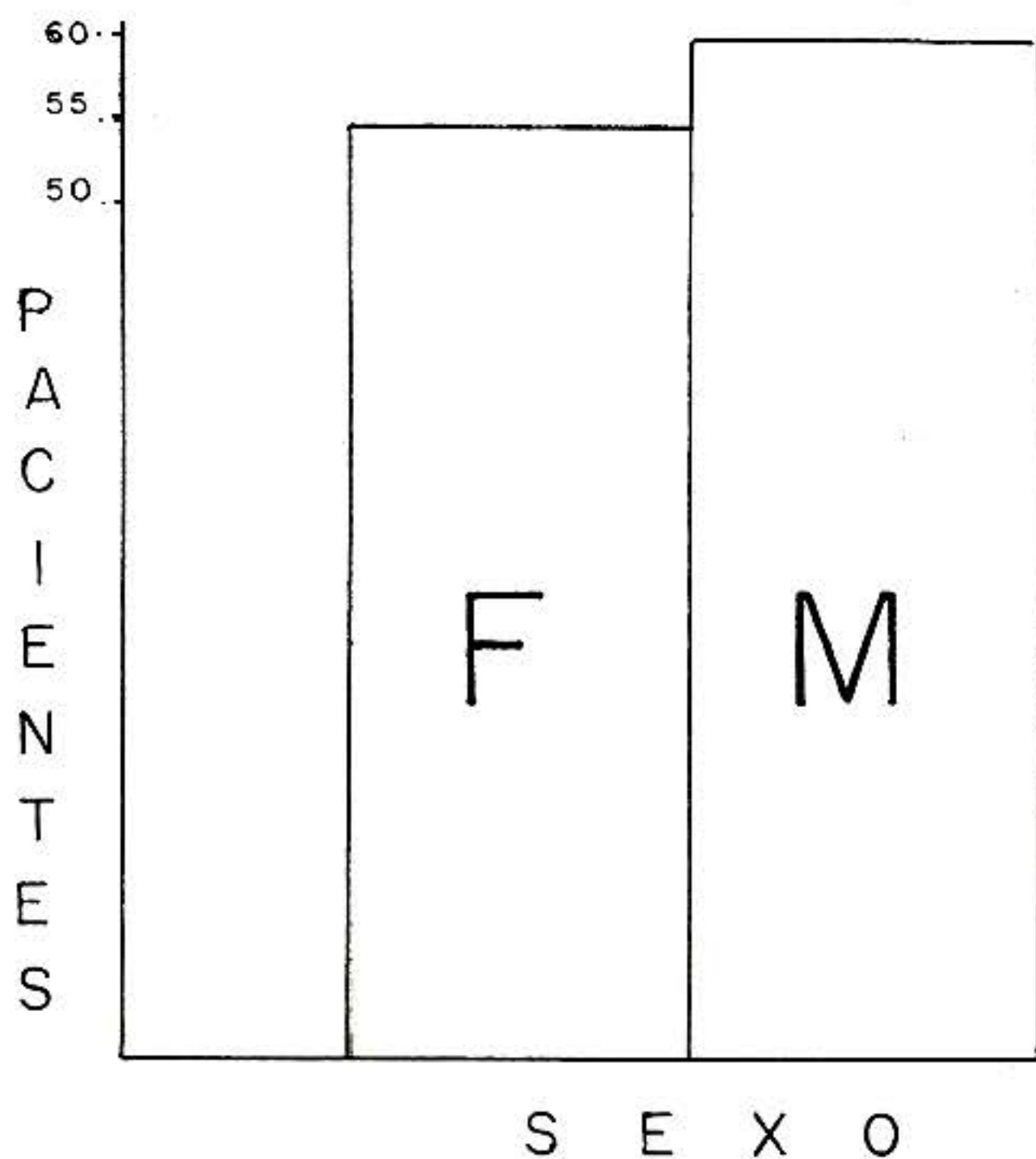
Se analizaron 115 pacientes con impresión diagnóstica de Apendicitis Aguda por una hoja única (ANEXO 1), tomando en cuenta, edad, sexo, fecha de ingreso, tiempo de evolución antes de la intervención, drenaje de la cavidad, uso de antibióticos pre y post-operatorio, y complicaciones.

RESULTADOS

SEXO y EDAD: No hubo diferencia significativa en cuanto al sexo siendo masculino 52.2% y femenino 47.8%. En cuanto a la edad se observa un incremento notable en el grupo etario de 8 a 12 años, con una incidencia mayor de 26 casos en la edad comprendida entre 11 y 12 años representando el 22.6%.

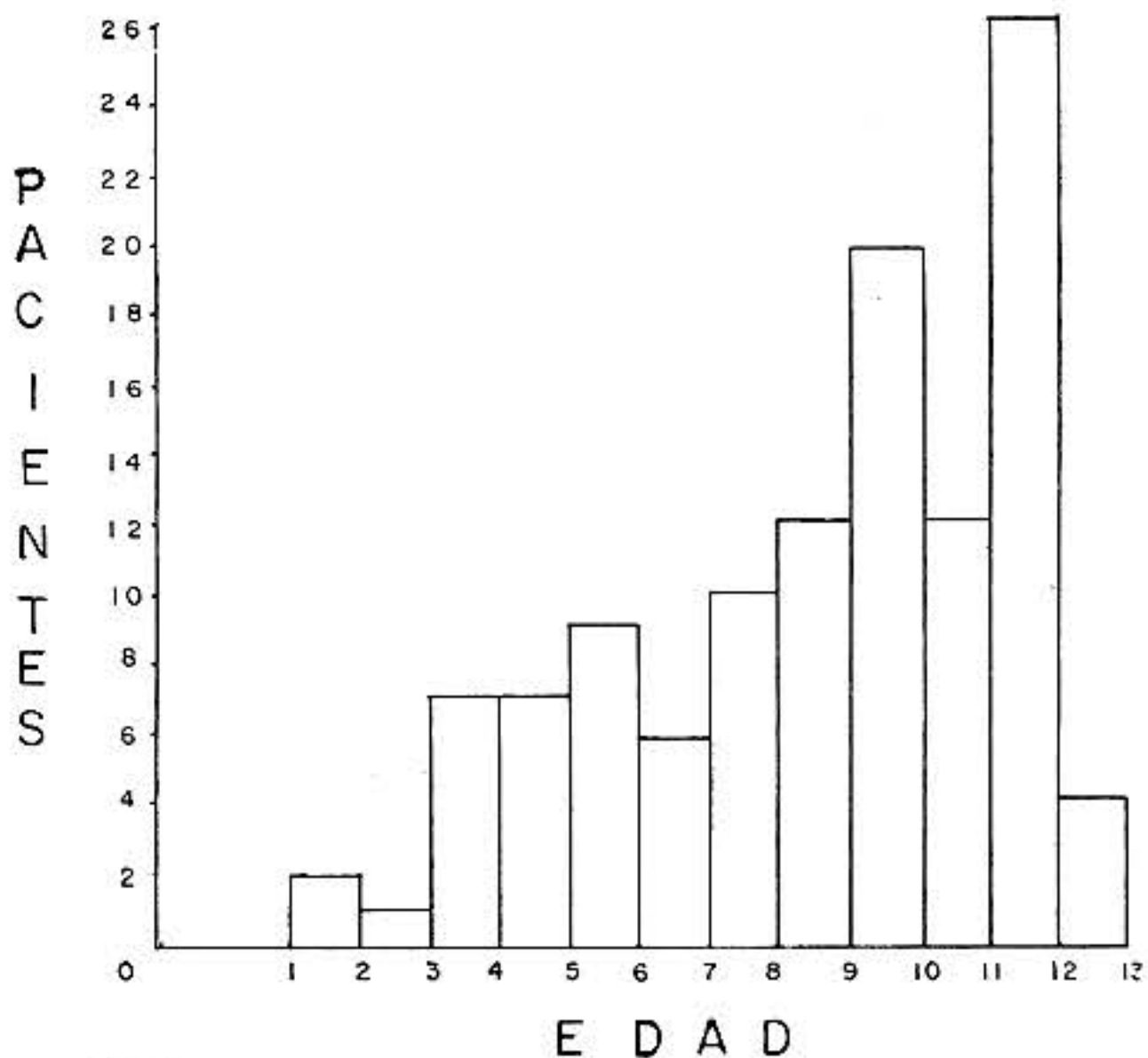
Cátedra de Clínica y Terapéutica Pediátrica Quirúrgica. Hospital Universitario de Caracas, 1984.

APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO



CEPS/84

APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO



CEPS/84

CENTRO MEDICO

ANEXO 1

APENDICITIS AGUDA

Nombre: Edad: Sexo:
 Fecha de Ingreso: Historia No.
 Motivo de Consulta:

 Tiempo de Evolución antes de la Intervención:
 Examen Físico del abdomen:
 Pulso: Temperatura:

LABORATORIO:

Leucocitos Segm. Linf. Bastones

INTERVENCION:

Incisión:
 Hallazgos:

Tipos de Apendicitis Aguda:

- 1) No perforada sin secreción
- 2) No perforada con secreción: Cantidad:
- 3) Perforada con peritonitis: Secreción Purulenta cc.
- a) Local " " cc.
- b) Difusa
- Drenaje: Si No

Antibióticos usados:
 Preoperatorio Post-operatorio

Complicaciones:

- 1) Ileo Paralítico
- 2) Obstrucción Intestinal
- 3) Abscesos Subfrénico Pélvico
- 4) Otros:

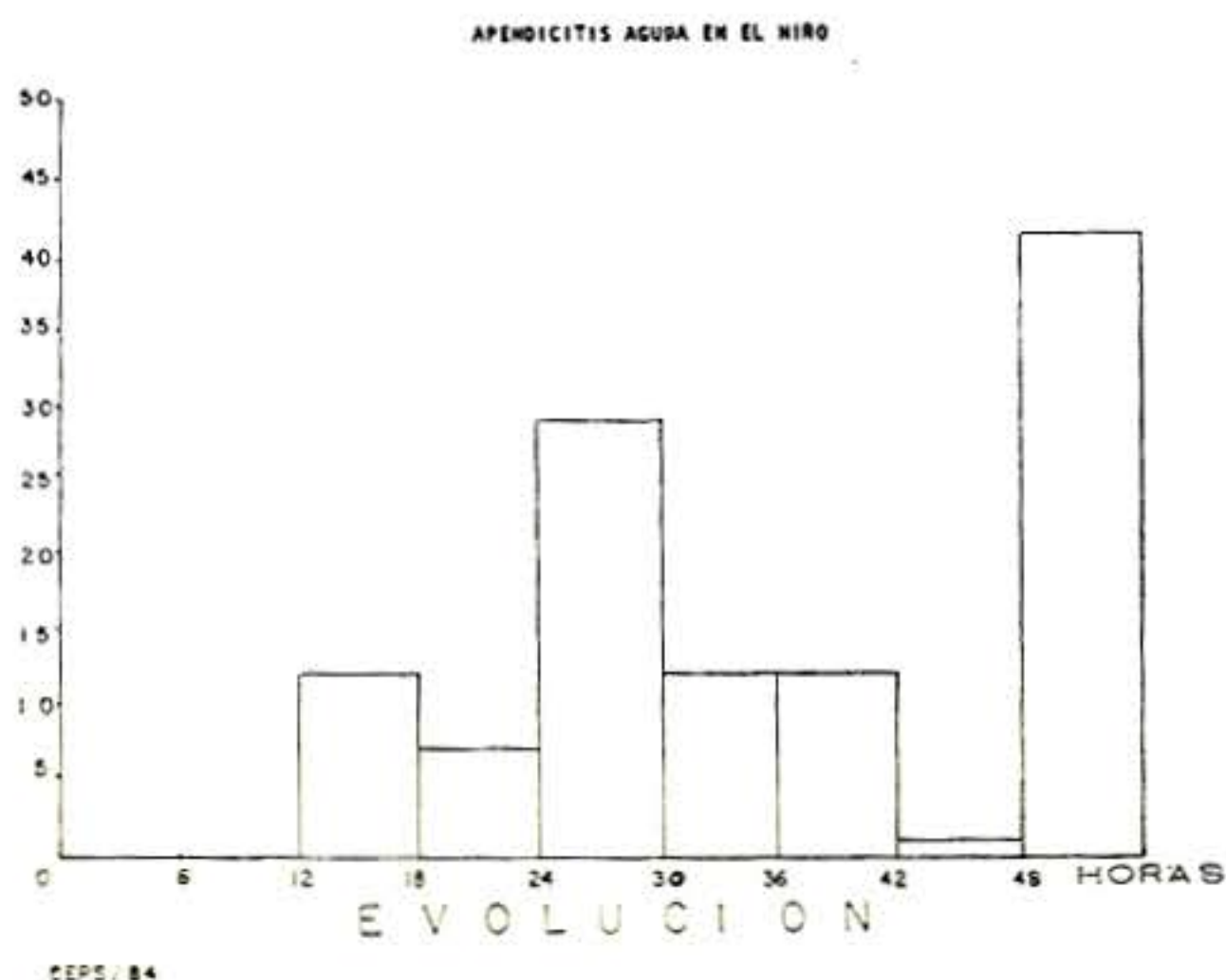
Mortalidad:

Tiempo después de la Intervención:

EPOCA DEL AÑO: No coincidiendo con las estadísticas de Gross (2) ni Clemente (1), observamos una alta incidencia en los meses de Enero, Junio y Julio.

TIEMPO DE EVOLUCION: Observamos que en nuestro Hospital el 83.3% de los pacientes, llegan con más de 24 horas de evolución y que un grupo de estos, el 36.5% de la totalidad, con más de 48 horas; incidiendo ésto en la alta frecuencia de hallazgos de apéndice flegmonosa y de infecciones post-operatorias.

Hallazgos	%
Apéndice no perforada	76.52
Apéndice perforada	20.00
Apéndice congestiva	17.39
Apéndice Flegmonosa	47.82
Apéndice gangrenosa	5.21
Apéndice abscedada	7.82
Plastrón apendicular	3.47



El resto de los casos no se halló el reporte macroscópico en la nota operatoria 3.48%.

El 4.3% del reporte de anatomía patológica, fueron negativas para Apendicitis Aguda.

SECRECION: El 45.8% de los pacientes no presentaron secreción en la cavidad peritoneal. El resto 54.2%, presentaron secreción, siendo éstas:

1) Purulenta difusa	5 casos	4.5 %
2) Purulenta local	36 casos	33.3 %
3) Serosa	18 casos	16.6 %

Esto corresponde solo a 23 casos con apéndice perforada macroscópicamente.

Se realizó drenaje de la cavidad en 14 casos, de los cuales 1 paciente de 15 meses de edad con apendicitis perforada más peritonitis difusa de 6 días de evolución, presentó absceso pélvico como complicación postoperatoria y otros 3 pacientes, absceso de pared.

De los 101 pacientes a quienes no se realizó drenaje de la cavidad peritoneal, uno, presentó peritonitis postoperatoria ingresado por apendicitis no

perforada de 48 horas de evolución. 5 pacientes con absceso pelviano postoperatorio fueron reportados como apendicitis aguda no perforada sin secreción.

La infección de la herida se presentó en 12 pacientes de los cuales 9 fueron aquellos quienes no se colocó dren en cavidad peritoneal.

COMPLICACION vs. ANTIBIOTICOS: La infección postoperatoria se encontró en un mayor número de pacientes (12) quienes no recibieron antibióticos. Sin embargo, el grupo que recibió presentó una alta incidencia de infección postoperatoria (8 pacientes).

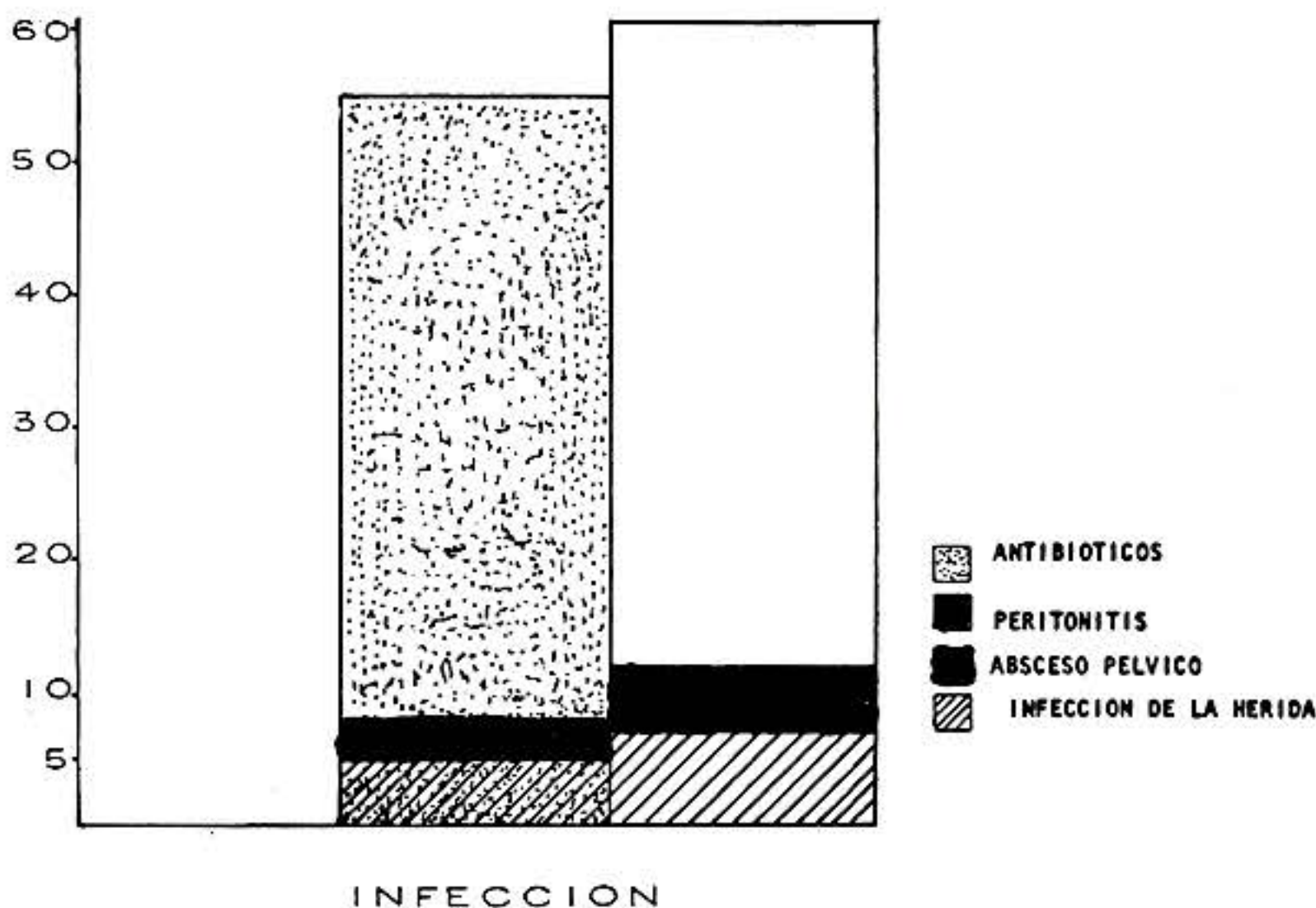
52 pacientes quienes recibieron antibióticos y 46 que no recibieron, evolucionaron sin infección postoperatoria.

Aclaremos que un grupo de pacientes (28) por razones hospitalarias, esperando cupo quirúrgico, o porque los signos y síntomas de estos pacientes hacían sospechar de peritonitis, recibieron antibióticos preoperatorio.

COMPLICACIONES:

Neumonía	1 caso	0.86 %
Absceso pélvico	6 casos	5.2 %
Ileo paralítico	3 casos	2.6 %
Absceso de la pared	12 casos	10.43 %
Peritonitis	2 casos	1.7 %
Fístula esterceracea	2 casos	1.7 %
Evisceración	2 casos	1.7 %
Enterocolitis	1 caso	0.86 %

APENDICITIS AGUDA EN EL NIÑO



CEPS/84

DISCUSION

La Apendicitis Aguda sigue siendo la afección más frecuente en el abdomen agudo infeccioso y la primera causa de peritonitis en niños entre los 3 y 12 años. Sigue siendo el motivo de controversia en cuanto al uso o no de antibióticos y de ciertos detalles de la técnica quirúrgica a emplear. Como dijimos antes, la evolución es más rápida en este grupo etario por la baja defensa general y local; de allí que en nuestra serie se encuentra un gran número de apendicitis en estado avanzado de evolución y la alta frecuencia de infecciones postoperatorias. Sin embargo, creemos que se deben mejorar los resultados mediante la sistematización del acto quirúrgico y el tratamiento pre y postoperatorio.

El uso de antibióticos y cual indicar en el pre, trans y postoperatorio aún sigue en discusión. Diversos autores consultados (1,2,3,5,6,9,10) llegan a la conclusión de que la combinación de antibióticos más aceptable hoy en día consiste en la combinación de: Ampicilina, Gentamicina, y Clindamicina o Metronidazol.

El uso o no de drenaje con o sin lavado de la cavidad peritoneal también se discute (1,2,3,5,6,7,9,10) ya que el uso de los métodos de lavado local y general puede abolir la utilización de los drenes, que como es bien sabido, este elemento extraño es sellado por una barrera de fibrina luego de pocas horas de instalado produciéndose una relativa encapsulación, siendo física y fisiológicamente imposible el drenaje adecuado de la cavidad peritoneal general.

CONCLUSIONES

- 1) Al ingresar un niño con impresión diagnóstica de Apendicitis Aguda más signos y síntomas evidentes de peritonitis, debe instalarse tratamiento de antibiótico preoperatorio. (Ampicilina, Gentamicina y Clindamicina). Lo mismo si el paciente tarda más de 4 horas para ser llevado al quirófano por razones hospitalarias.
- 2) El uso de una buena técnica quirúrgica, como es:
 - a) Lavado de la pared abdominal
 - b) Tratamiento adecuado de los tejidos y vísceras
 - c) Lavado local o general de la cavidad en el caso indicado con solución fisiológica tibia y aspiración de las secreciones.
 - d) Evitar en lo posible el uso de drenes
 - e) Dejar la herida abierta para cierre secundario en caso de contaminación evidente.
 - f) Uso de antibióticos postoperatorio, sólo en caso de perforación, peritonitis o contaminación.

RESUMEN

Se analizan 115 casos operados con impresión diagnóstica de Apendicitis Aguda entre 1982 y 1984 en el Servicio de Pediatría Quirúrgica del Hospital Universitario de Caracas.

Se encuentra una alta incidencia en los meses de Enero, Junio y Julio. La edad más frecuente corresponde al grupo etario entre 11 y 12 años. El

83.3 por ciento tenían más de 24 horas de evolución y el 36.5 más de 48 horas del total de los pacientes. La infección de la herida se presentó en 12 niños (10.43%), absceso pélvico en 6 (5.2%) y peritonitis postoperatoria en 2 (1.7%).

Se propone una metodología a seguir.

SUMMARY

A report is made of 115 cases of Acute Apendicitis seen from 1982-1984 at the pediatric surgical department of the University Hospital in Caracas.

BIBLIOGRAFIA

- 1 BALLANTINE, T.- Appendicitis. *The Surg. Clin. of NA.*, 6(15); 1117, 1981:
- 2 BERNE, T.; YELLIN, A.; APPLEMAN, M.- Antibiotic Management of surgically Treated Gangrenous or perforated Appendicitis. *Am. J. of Surg.* 144:8, 1982.
- 3 BOWER, R.; BELL, M.; TERNBERG, J.- Controversial Aspects of Appendicitis Management in Children. *Arch. Surg.* 116:885-887, 1981.
- 4 CLEMENTE, A.; PEREZ, PUIGBO, J.- Aspectos epidemiológicos de la Apendicitis Aguda. Trabajo efectuado en el Servicio de Cirugía 4 del Hospital M. Pérez Carreño. IVSS, 1980.
- 5 GAFFNEY, P.- Wound infections in appendicitis. *World J. Surg.* 8:287-292, 1984.
- 6 GRAHAM, J.; POKORNY, W.; HARBERG, F.- Acute Appendicitis in Preschool age children. *Am. J. of Surg.* 139: 247-250, 1980.
- 7 GREENALL, M.- Should you drain a perforated appendix?. *Br. J. Surg.* 65: 880-882, 1978.
- 8 GROSS, R.- *The surgery of infancy and childhood* W. B. Saunders, Philadelphia, 1954.
- 9 KING, D.; BROWNE, A.; BIRKEN, G.- Antibiotic management of complicated Apendicitis. *J. of Ped. Surg.* 18(6): 945, 1983.
- 10 SCHWARTZ, M.; TAPPER, D.; SOLEMBERGER, R.- Management of perforated appendicitis in children. *Ann. Surg.* 197: 407-411, 1983.
- 11 TREJO PADILLA, E.; MOTA SALAZAR, A.; OCAÑA, J.- Apendicitis Aguda en niños, análisis de 167 casos: *Arch. Ven. Puer. Ped.* 33: 365-374, 1970: