APENDICITIS EN EL NIÑO (*)

RELATOR Prof. Dr. ARNULFO JOHOW
Clínica Oficial de Cirugía Infantil y Ortopedia.

Al encomendársele a esta Clínica, que tengo el honor de dirigir, el desarrollo del tema: "Apendicitis en el niño", era necesario abordarlo a fondo, sin caer en el grave error de repetir cosas y polémicas, que deben darse ya por terminadas. Así, por ejemplo, no nos oirán hablar sobre la indicación o contraindicación quirúrgica de esta afección, pues, hecho el diagnóstico, debe operarse. El momento oportuno de la intervención lo decidirá el criterio clínico del médico responsable del enfermo y que, naturalmente, variará algo de médico en médico, por ser este último sólo un individuo dentro de la especie del homo sapiens, que se caracteriza por su infinita variabilidad.

Hemos creído poder dividir el tema en los siguientes capítulos:

1º Diagnóstico diferencial de la apendicitis, capítulo que ha sido encomendado al Dr. Eugenio Díaz Bordeu.

2º Complicaciones en la apendicitis, capítulo encomendado para su desarrollo al Dr. Alfredo Gantz.

3º Técnica quirúrgica usada en esta Clínica, que será descrita por el Dr. Sergio Herrera.

4º La malformación congénita del apéndice como causa de apendicitis, que expondrá el que habla.

Tiene la palabra el Dr. Díaz.

(*) Tema quirúrgico del V Congreso Nacional de Pediatría.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA APENDICITIS AGUDA

CO-RELATOR Dr. EUGENIO DIAZ BORDEU

Le corresponde al Servicio de Cirugía del Hospital de Niños Roberto del Río referirse al tema "Apendicitis en el Niño"; la exposición de él se hará exclusivamente considerando nuestros enfermos. Lo autoriza el hecho que en los últimos años, 1940-46 inclusivos, han sido atendidos aquí 1.981 enfermos de esta afección.

Corresponden 1,381 al sexo femenino y 600 al masculino y su distribución por años es como sigue:

CUADRO N° 1

	1940	41	42	43	44	45	46
Mujeres	185	160	211	232	185	189	227
Hombres	79	83	82	104	82	62	108
Total para el año	264	243	293	336	267	251	335

La clasificación de ellos, conforme a su edad, puede verse en el cuadro siguiente:

CUADRO N° 2

	1 a 3 años	4 a 6	7 a 9	más de 10
Mujeres	1	24	326	916
Hombres	4	23	169	504

Estos enfermos fueron operados con el diagnóstico de apendicitis, y de ellos corresponden 184 casos a peritonitis libres o enquistadas, que se distribuyen así:

CUADRO N° 3

Total de peritonitis	184
Líquido peritoneal seroso	105
Purulento (inodoro)	34
Purulento (fecaloideo)	5
Abscesos apendiculares	40

La comparación de los diagnósticos pre y post-operatorios nos muestra un hecho interesante; existieron 22 errores diagnósticos; y son ellos los que nos plantean uno de los capítulos más difíciles del tema, cual es el diagnóstico diferencial.

Antes de referirnos a los casos particulares, debemos dejar sentado que cualquier cuadro doloroso abdominal, sea del grupo de los llamados médicos o quirúrgicos, puede ser confundido con una apendicitis.

Lógicamente, la forma crónica de la afección permite el uso más completo de los medios de laboratorio y es en las formas agudas, donde el tiempo y las posibilidades son apremiantes, cuando el diagnóstico clínico adquiere una importancia y una dificultad extraordinarias.

En orden de frecuencia entre nosotros, tendríamos que considerar, en primer lugar, a la fiebre tifoidea, especialmente cuando ésta se hace aparente con dolores abdominales localizados en la fosa ilíaca derecha, vómitos y una sintomatología peritoneal alarmante. No obstante, debemos considerar que tenemos algunos casos de apendicitis tíficas perforadas, con absceso apendicular. En ellos la enfermedad simuló durante su evolución, un aumento de las molestias digestivas y abdominales, en enfermos que tenían un pasado ya abundante de ellas.

Las lesiones tuberculosas intestinales y peritoneales, generalmente entre nosotros se sospechan, ya que tanto los antecedentes como los exámenes de rutina, permiten una orientación al respecto.

Pero, a nuestro parecer, reviste mayor importancia la diferenciación diagnóstica con las adenitis mesentéricas, estimadas en muchos casos como tuberculosas y que en cierto momento pueden dar un brote agudo, con dolor intenso, alza térmica discreta y pulso alto. Pueden orientar el diagnóstico la presencia de otras adenitis, especialmente del cuello. Nuestros casos operados se interpretaron como primo infecciones y uno de ellos evolucionó con granulía posterior y muerte.

Las pielitis que fueron operadas, correspondían más bien a cuadros iniciales, en que el dolor abdominal era intenso y la fiebre discreta.

Las hepatitis agudas que comenzaron con fiebre y sensibilidad abdominal, podrían haber sido diferenciadas por una palpación cuidadosa. Ellas evolucionaron benignamente, apareciendo sus signos clínicos llamativos a los 2 ó 3 días del post-operatorio.

Merecen ser citados, la colecistitis calculosa, por su rareza; la hidropesía vesicular, que provoca violenta reacción dolorosa abdominal, y la peritonitis biliar sin perforación; todos ellos se confunden fácilmente con un cuadro apendicular agudo.

Errorres provenientes de una psoítis aguda derecha y de una adenitis aguda inguino ilíaca derecha, de origen banal, también hemos encontrado. Podemos pensar que generalmente, una cuidadosa exploración clínica, y el alza térmica notable, podrían facilitar la orientación.

La hidronefrosis por vasos aberrantes, causada por la compresión de un uréter por un vaso anormal, debe ser tenida en cuenta, su comienzo brusco y su sintomatología abdominal alarmante se localizan en el hemiabdomen derecho.

Los cólicos nefríticos y ureterales correspondientes al lado derecho, pueden simular, por la intensidad y violencia de sus dolores, un cuadro apendicular agudo; los diferencia la característica ubicación de los dolores, su irradiación y que generalmente no se acompañan de fiebre, salvo infección sobre-agregada.

De parte del aparato genital femenino encontramos un quiste del ovario derecho con el pedículo torcido. Podrían ser motivo de error diagnóstico también, aquellos casos de ruptura del folículo de Graaf maduro, en que se constató líquido hemorrágico intraperitoneal y un apéndice sano.

La congestión premenstrual, aunque de nuestras observaciones no se desprenda nada especial, tenemos la impresión que en varias ocasiones ha podido prestarse a errores, y deberá ser tenida en cuenta ante enfermas en la edad prepuberal, donde se observa una congestión de todos los órganos pélvicos. Encontraremos a la palpación profunda, un dolor bajo, que nos permitirá descartar un proceso apendicular.

La diverticulitis, aun cuando clásicamente se describa su dolor como localizado en la zona periumbilical y no cerca del punto apendicular de Mc. Burney, la realidad es que se le confunde con ésta en las formas agudas, especialmente cuando hay predominio de dolores abdominales y reacción peritoneal. Los dolores de tipo cólico y la hemorragia le son característicos. Muchas veces el cuadro de la diverticulitis corre a parejas con bridas congénitas, que parten del propio divertículo y originan, al mismo tiempo que la sín-

tomatología inflamatoria, signos obstructivos o de perforación.

En todo caso nos parece que siempre la sintomatología es variable en las apendicitis agudas, ya que está en gran parte condicionada a la posición del apéndice. Al respecto anotamos un hecho de interés; según nuestros protocolos operatorios, de 746 veces en que se especifica la ubicación del apéndice, en 386 casos se encontró éste posterior y ascendente, retrocecal y en 360 era descendente.

Así, el apéndice ascendente nos simulará dolor hepático o renal, alcanzando a darnos glóbulos de pus en la orina cuando está adherido al uréter. El apéndice descendente interno, por sus relaciones con la vejiga y recto, podrá acompañarse de molestias que nos hagan pensar en una cistitis o colitis.

Hemos visto apéndices intrapélvicos, que dando al cuadro un aspecto peritoneal franco, carecen de sintomatología dolorosa abdominal, pero que la palpación profunda o el tacto rectal ubican. Incluso uno de ellos fué confundido posteriormente con un tifus, error explicable, ya que se localiza en un lugar en que el peritoneo es resistente y mantiene el proceso enquistado.

Como algo poco frecuente entre las parasitosis del apéndice, merecen ser citadas dos apendicitis agudas producidas por áscaris, en ellas el órgano se movía y el causante fué rechazado hacia el ciego.

Y, para terminar, diremos que el aumento de las apendicitis en niños menores de 3 años es sólo aparente, pues este cuadro se negaba por desconocimiento de su existencia y en los últimos tiempos su diagnóstico no es raro y menos su confirmación por el acto quirúrgico.