Apendicitis Aguda en el niño

Dr. Adolfo Dolz A.,* Dra. Rocío García G.**

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en el niño. En nuestro Servicio de Urgencia se incorporó la atención de Cirugía y Ortopedia en enero de 1969, y desde entonces no se ha analizado el tema que nos preocupa. Al hacerlo queremos evaluar los resultados de nuestra casuística, y obtener algunas conclusiones que nos permitan enfrentar mejor el problema. Se analizan 250 casos operados con el diagnóstico de apendicitis aguda desde enero de 1974 a junio de 1975 en el Servicio de Urgencia del Hospital Luis Calvo Mackenna, y que luego evolucionaron en el Servicio de Cirugía del mismo hospital.

MATERIAL Y METODO

Durante 18 meses se operaron 250 niños con el diagnóstico de apendicitis, absceso o peritonitis apendicular. En 224 casos (90%), se encontró patología apendicular aguda.

Para su estudio la hemos clasificado en 4 grupos anatómo-clínicos, basándonos en la clasificación de Kazarian (5) (Tabla N° 1).

*Servicio de Urgencia y Servicio de Cirugía, Hosp. Luis Calvo Mackenna.

**Servicio de Cirugía, Hosp. Luis Calvo Mackenna.

Tabla N° 1
CLASIFICACION SEGUN
ANATOMIA PATOLOGICA

		Casos	%
Grupo I	Apendicitis inicial	25	11
Grupo II	Apendicitis aguda sin necrosis ni perforación	120	54
Grupo III	Apendicitis necrosada o perforada con peritonitis localizada	29	13
Grupo IV	Apendicitis necrosada o perforada con peritonitis generalizada	50	22

Un 65% corresponde a apendicitis sin necrosis ni perforación (Grupos I y II), y los necrosados o perforados (Grupos III y IV) constituyen un 35%.

Relacionamos los distintos grupos con la edad de los pacientes, incidencia estacional y tiempo de evolución de los síntomas.

Sexo y edad (Figura N° 1). 135 varones (60%) y 89 niñas (40%), lo cual concuerda con otras series.

Figura N° 1

Apendicitis aguda en el niño. Incidencia según sexo y edad.

Los pacientes se distribuyen entre los 2 y 14 años, siendo la mayor incidencia para los hombres entre los 7 y 12 años (promedio 10 años) y para las mujeres entre los 5 y 12 años (promedio 9 años 3 meses).

La incidencia de apendicitis inicial o aguda sin necrosis ni perforación (Grupos I y II) y de apendicitis necrosada o perforada (Grupos III y IV) por grupo de edad se muestra en la Figura Nº 2.

Figura Nº 2

Apendicitis aguda en el niño. Incidencia según características anatomopatológicas.

Se observa que en 15 casos menores de 5 años, 10 estaban necrosados o perforados (66%) y sobre los 12 años, 9 corresponden a apéndices necrosados o perforados (28%).

Incidencia estacional y agresividad. Consideramos las 4 estaciones de 1974, (Tabla Nº 2).

Tabla Nº 2

INCIDENCIA ESTACIONAL 1974 (%)

Primavera	35%
Verano	23%
Otoño	23%
Invierno	19%

Al igual que en otras publicaciones (7) se observa una mayor incidencia en primavera, le siguen verano y otoño y es menor en invierno.

El 58% de los casos necrosados o perforados consulta dentro de las 24 horas de evolución de la sintomatología. Nos ha llamado la atención que en primavera esta circuns-

tancia se eleva al 82% de los casos (Figura Nº 3).

Figura Nº 3

Apendicitis aguda en el niño. Incidencia estacional de grupos III y IV (apendicitis necrosada o perforada con peritonitis localizada o generalizada).

La mayor incidencia en primavera se explica porque en esta estación aumentan las infecciones de tipo viral que producen una hiperplasia linfática que facilitaría la obstrucción del lumen apendicular.

En las otras estaciones la distribución es la siguiente: en verano 66%, otoño 37,5% y en invierno 62%.

Cuadro Clínico. Se relacionan los hallazgos anátomo-patológicos con el tiempo de evolución de la sintomatología (Tabla Nº 3).

Tabla Nº 3

TIEMPO DE EVOLUCION Y ANATOMIA PATOLOGICA (18 MESES)

	1 día	2 días	3 días	+4 días
Grupos I y II	75%	11%	6%	4%
Grupos III y IV	47%	25%	11%	17%

Se observa que en las apendicitis sin necrosis ni perforación el 75% tiene una sintomatología inferior a 24 horas de evolución, y sólo el 4% con más de 3 días de duración.

En los apéndices necrosados o perforados más de la mitad de los pacientes tiene 2 o más días de evolución.

Síntomas (Figura Nº 4). Los síntomas más frecuentes son dolor, vómitos o náuseas y sensación febril.

Figura Nº 4

Apendicitis aguda en el niño. Sintomatología.

El dolor se presenta en un 100%, difuso en un 57% y localizado en cuadrante inferior derecho en 43%, y de éstos la mitad presenta previamente el dolor periumbilical descrito como clásico.

Las náuseas y/o vómitos aparecen en un 70% y la sensación febril en un 38%.

Signos (Figura Nº 5). La sensibilidad abdominal se encuentra en el 100% de los casos, localizada en fosa ilíaca derecha en 85% y en forma difusa, 15%.

Figura Nº 5

Apendicitis aguda en el niño. Signos físicos.

La resistencia muscular localizada en cuadrante inferior derecho se observa en un 44% y difusa en un 18%.

Los signos de Blumberg (48%) y del psoas (7%) aparecen consignadas en la historia solamente cuando fueron positivos.

A pesar de encontrar un 13% de peritonitis localizada (Grupo III), sólo en un 4,6% de los casos se palpó una masa.

El tacto rectal se efectuó sólo en la quinta

parte de los enfermos, encontrando en éstos sensibilidad y abombamiento en 84%. Si esta frecuencia persistiera al efectuar TR en todos los pacientes, este examen sería uno de los de mayor valor, por lo que creemos nunca debe omitirse.

En la apendicitis inicial y aguda (Grupos I y II) el 75% tiene temperatura rectal inferior a 38,5, en cambio, en los apéndices necrosados o perforados (Grupos III y IV) se distribuye de igual forma bajo y sobre 38,5.

De esto se desprende que la apendicitis aguda evoluciona generalmente con temperaturas bajas, por lo tanto, tendría importancia en un paciente que se sospeche una apendicitis y presente temperatura rectal sobre 38,5 enfatizar un diagnóstico diferencial con algún cuadro médico.

Al estudiar la diferencia de + de 1 grado áxilo rectal en los 4 grupos por separado, se observa que sólo un 35% la presenta, por lo que este signo en nuestra revisión no constituye una ayuda para el diagnóstico de ningún tipo de patología apendicular en el niño.

Se destaca el hecho que las historias clínicas son muy resumidas e ignoramos si los síntomas y signos que aparecen con menor frecuencia fueron debidamente interrogados o investigados.

Tiempo preoperatorio. En 204 pacientes (91%) la operación se efectuó antes de las 6 horas del ingreso, y en 20 casos (9%) el atraso se debió a duda diagnóstica, ya sea por apéndice retrocecal, edad inferior a 5 años, tratamientos previos con antiespasmódicos o antibióticos y por espera de resultados de exámenes.

Exámenes de laboratorio. No se piden de rutina debido a nuestros recursos limitados y para no alargar el tiempo preoperatorio en la espera del resultado. En esta casuística el diagnóstico es eminentemente clínico y el laboratorio se usa cuando se plantea un diagnóstico diferencial, y en este caso los exámenes más solicitados son hemograma, examen de orina y radiografía de abdomen simple.

Diagnóstico diferencial. El diagnóstico de apendicitis aguda ofrece dificultades; la triada clásica —dolor, vómitos y fiebre— es co-

mún a otras patologías de orden médico, intra o extrabdominales, que es preciso descartar (Tabla N° 4).

Tabla N° 4

DIAGNOSTICOS DIFERENCIALES

	Hombres	Mujeres
Blancas	2	1
Peritonitis primaria	—	8
Adenitis mesentérica	1	4
Meckel	2 (1 perforado)	—
Duplicación intestinal	—	1 (perforado)
Tifoidea	1	1 (perforado)
Estenosis congénita de yeyuno	1 (perforado)	—
Gastroenteritis	—	1
Salpingitis	—	1
Folículo roto	—	1
Infección urinaria	—	1
Total	7	19

De 250 enfermos operados con el diagnóstico de apendicitis aguda, existía un abdomen agudo quirúrgico en 237 (95%) y de éstos en 224 (90%) el diagnóstico fue correcto. En 10 casos (4%) la patología encontrada no era de solución quirúrgica y sólo en 3 pacientes la exploración fue negativa (1,2%).

Respecto al sexo, se observó que de 135 hombres, un 4,9% no tenía apendicitis aguda, y en las mujeres, este porcentaje de error se elevó a 17,6%.

RESUMEN Y COMENTARIOS

El estudio de 250 pacientes operados con el diagnóstico de apendicitis aguda en un período de 18 meses en el Servicio de Urgencia del Hospital Luis Calvo Mackenna, en 224 casos (90%) se confirmó patología apendicular aguda. De éstos, el 35% correspondía a apéndices necrosados o perforados.

La apendicitis fue más frecuente en el hombre (60%).

Esta patología antes de los 5 años es rara (se encontró en el 6,6% de los casos) y pre-

sentan un mayor % de necrosis o perforación (en esta serie, 66%).

Encontramos una mayor frecuencia de esta patología en primavera, y en esta estación, el 82% de los casos necrosados o perforados, consultó con menos de 24 horas de evolución.

En la apendicitis sin necrosis ni perforación, el 75% tuvo una evolución de menos de 24 horas.

Sólo el 35% de los pacientes presentó + de 1 grado de diferencia áxilo rectal cualquiera sea el tiempo de evolución, por lo que este signo no constituiría ayuda diagnóstica.

El 75% de los pacientes sin necrosis ni perforación tuvo menos de 38,5 de temperatura rectal.

El TR se efectuó en 1 de cada 5 pacientes y fue ayuda diagnóstica en el 84%, por lo que no debe omitirse.

La operación se efectuó en el 91% antes de las 6 horas del ingreso y ésta se demoró sólo cuando hubo duda diagnóstica.

El diagnóstico de apendicitis aguda sería más difícil en la mujer. En los varones se

confirmó patología apendicular aguda en el 95% de los casos, en cambio, en las mujeres sólo en un 82%.

SUMMARY

During a period of eighteen months, 250 children underwent surgery with the diagnosis of acute appendicitis in the Emergency Service of the Calvo Mackenna Children's Hospital. In 224 cases (90%) the diagnosis was confirmed, 35% had a necrosied or perforater appendix.

Acute appendicitis is more frequent in boys (60%).

This pathology is rare before 5 years of age (it was found in 6.6% of the cases) and presented much more necrosis or perforation (in this series, 66%).

We found that this pathology is much more frequent in Spring, and in this season, 82% of the cases with necrosis or perforation were seen with 24 hours or less of sintomathology.

In appendicitis without necrosis nor perforation, 75% had less than 24 hours of evolution.

Only 35% of the patients had more than 1 (one) grade Celsius of difference between the armpit and the rectum, no matter the

period of evolution, establishing, therefore, that this sign is no help in the diagnosis. 75% of the patients without necrosis nor perforation had less than 38.5°C. of rectal temperature.

The rectal examination was performed in 1 of 5 patients and was of help in the diagnosis in 84%, therefore, it shouldn't be omitted.

91% of the patients underwent surgery before 6 hours of admission, and this period was delayed only when there were doubts in the diagnosis.

The diagnosis of acute appendicitis would be more difficult in the girls. 95% of the boys had appendix's pathology, while only 82% of girls had it.

REFERENCIAS

1. *Holgersen, L.O. and Stanley-Brown, E.G.* Am. J. of Diseases of Children, 122: 288-293, 1971.
2. *Lansden, F.* Am. J. Sur. 106: 938-942, 1963.
3. *Shandling, B. and al.* J. Ped. Surg. Vol. IX: 79-84, 1974.
4. *Deaver, M.* Am. J. Surg, 136:243-249, 1952.
5. *Kazarian, K. and al.* Am. J. Surg, 119:681-685, 1970.
6. *Fock, G. and al.* Acta Chir. Scand. 135: 534-537, 1969.
7. *Brumer, M.* Brit. J. Surg, 57:93-99, 1970.