

Carta al editor

Dr. Jorge Espino Vela
Editor en Jefe. Acta Pediátrica de México

Deseamos informarle del primer caso de apendicitis en una niña de 45 días de edad que atendimos en el Hospital General de Zona # 11 del IMSS del Estado de Tamaulipas.

De antemano le agradecemos su interés para publicar en Acta Pediátrica de México un caso infrecuente en el norte de nuestro país.

Apendicitis aguda en una niña de 45 días de edad

Dr. José D. Landero Reyes,* Dr. Máximo Contreras Santiago*

Resumen

La apendicitis aguda en el lactante menor es infrecuente. Se presenta el caso de una niña de 45 días con un padecimiento de dos semanas de evolución: diarrea, vómito de contenido biliar y fecal, deshidratación severa y desnutrición moderada. Se diagnosticó abdomen agudo y oclusión intestinal. Se operó y se halló una apendicitis. Se practicó apendicectomía y reparación primaria en dos planos en el sitio de una laceración del íleon terminal. Se dio de alta en buen estado a los ocho días.

Palabras clave: Apendicitis aguda en una recién nacida, abdomen agudo, oclusión intestinal, apendicectomía, íleon terminal.

Antecedentes

La apendicitis aguda afecta al 7% de los individuos en países occidentales. Cada año se realizan unas 200,000 apendicectomías en los EE.UU., de éstas 80,000 son en niños^{1-3,9-13}.

La apendicitis es más frecuente en Norteamérica, Islas Británicas, Australia y Nueva Zelanda. Es rara en gran parte de Asia, Africa Central y entre los esquimales, lo que sugiere que influyen factores ambientales y alimenticios más que genéticos^{3,4,7}.

* Departamento de Cirugía General y Pediatría. Hospital General de Zona No. 11 IMSS. Nuevo Laredo, Tamaulipas.

Correspondencia: Dr. JD Landero Reyes. Hospital General de Zona 11. Victoria y Reynosa, Número conocido. C.P. 88000. Nuevo Laredo, Tamaulipas. Tel: 01(867)7-12-34-91 ext. 127, 315.
Recibido: agosto, 2001. Aceptado: septiembre, 2002.

Abstract

Acute appendicitis is an infrequent condition in infants. The case of a 45 days old girl with diarrhea, biliary and fecal vomiting; severe dehydration and moderate malnourishment is described. The presumed diagnosis was acute abdomen and intestinal occlusion. An acute appendicitis was found; an appendectomy and primary repair of the laceration in the terminal ileus were performed. The child had an uneventful recovery and was discharged on the eighth postoperative day.

Key words: Acute appendicitis in an infant, acute abdomen, intestinal occlusion, appendectomy, terminal ileus.

La edad promedio de presentación en niños es entre seis y diez años; en menores de tres años la frecuencia es baja, como 14%. Es excepcional en prematuros, recién nacidos y lactantes¹⁰⁻¹⁴. Los síntomas y signos en menores de tres años son atípicos; además no hay comunicación verbal con niños a esa edad. Los estudios de gabinete no permiten establecer el diagnóstico temprano y por tanto el tratamiento suele ser inoportuno y no se evitan las complicaciones^{4-8,12-14}.

La apendicectomía aunada al tratamiento con antibióticos es el tratamiento de elección. El pronóstico depende de la rapidez con que se instituya el tratamiento^{7-9,13-14}.

Presentación del caso

Niña de 45 días de edad, con padecimiento de dos semanas de evolución caracterizado por evacuaciones diarreicas; dos días después, hipertermia de 39°C, apa-

rentemente dolor abdominal; aparecieron vómitos biliares y de contenido fecal.

Exploración física: Deshidratación, distensión abdominal, timpanismo, abolición de ruidos intestinales. Se diagnosticó abdomen agudo y oclusión intestinal al segundo día de su internamiento. Se operó bajo anestesia general con incisión media supra e infraumbilical; se encontró exudado seropurulento de unos 30 mL en la cavidad abdominal. El apéndice cecal medía 3 cm de longitud y había supuración en su base; laceración de 2mm de diámetro a 2cm de la válvula ileocecal en el íleon terminal, que interesaba la serosa y la capa muscular. Se efectuó apendicectomía y reparación primaria en dos planos con puntos de Lembert en el sitio de la laceración; se hizo minucioso lavado de la cavidad y se colocaron dos drenajes. Su evolución fue tórpida; después de cuatro días, mejoró paulatinamente. Al octavo día de hospitalización se dio de alta. El estudio histopatológico corroboró el diagnóstico de apendicitis aguda. A los seis meses de seguimiento la paciente se hallaba bien.

Discusión

La primera apendicectomía fue realizada por Amyand, en Westminster y St. George en 1736 en un niño de 11 años que tenía hernia escrotal y fistula derecha. En el escroto se encontró el apéndice perforado por un alfiler; se reseco y el paciente se recuperó satisfactoriamente ⁴.

En 1886, Fitz describió los aspectos clínicos y los cambios patológicos de dicha enfermedad; fue el primero en usar el término apendicitis ^{1,4}. La primera publicación de una apendicectomía fue hecha por Kronlein (1886); operó un paciente de 17 años quien murió dos días después. En 1887 Morton diagnosticó y extirpó con éxito un apéndice con absceso. Dos años más tarde McBurney, sentó las bases del diagnóstico y el tratamiento temprano de la apendicitis; con una incisión que lleva su nombre.

El advenimiento de los antibióticos, las nuevas técnicas anestésicas y los cuidados pre, trans y postoperatorios han mejorado el pronóstico. La apendicitis en el lactante menor tiene una mortalidad de 0.5%. La morbilidad por las complicaciones infecciosas ⁸⁻¹⁰ en la literatura médica mundial varía entre 12 y 40%.

Conclusiones

La apendicitis aguda complicada o no es un padecimiento infrecuente a nivel mundial especialmente en lactantes

menores de tres años. El caso presente indica que hubo retraso en el diagnóstico por lo atípico del cuadro que sólo permitió el diagnóstico presunto de abdomen agudo.

La apendicectomía es el tratamiento de elección. El pronóstico de la apendicitis depende de la oportunidad del diagnóstico y del tratamiento. Esto evita complicaciones abdominales y sistémicas, principalmente infecciosas.

En la paciente se hizo una laparotomía exploradora y apendicectomía con resultado satisfactorio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sabinston DC. Tratado de Patología Quirúrgica. Ed. Interamericana 1981;pp1033-50
2. Dunphy JE, Way LW. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos. Ed. Manual Moderno 1981;pp523-30
3. Condon RE, Nyhus LM. Manual de Terapéutica Quirúrgica. Ed. Salvat 4a. Ed. 1991;pp463-6
4. Orozco Sánchez J, Sánchez HJ, Sámano MA. Apendicitis aguda en los primeros tres años de la vida: presentación de 72 casos y revisión de la literatura. Bol Med Hosp Infant Mex 1993;50:258-63
5. Davenport M. Acute abdominal pain in children. Brit Med J 1996;312:498-501
6. Gartner JC, Novak D, Schwartz R. Dolor abdominal en niños. Atención Médica. México 1993;pp63-73
7. Baeza Herrera C, Ramírez GO, González Galicia JA. Apendicitis en niños menores de tres años. Rev Gastroenterol Mex 1994;59:213-7
8. Ortega León LH, Vargas Domínguez A, Miranda Fraga P. Complicaciones locales de la apendicitis. Rev Gastroenterol Mex 1994;59(3):223-26.
9. Meller JL, Reyes HM, Loeff DS, Federer L. One drug versus two drug antibiotic therapy in pediatric perforated appendicitis: A prospective randomized study. Surgery 1991;110:764-68.
10. Kokoska ER, Silen ML, Tracy TF, Dillon PA. Perforated appendicitis in children: Risk factors for the development of complications. Surgery 1998;124:619-26
11. Kokoska ER, Kenric M, Mark S, Miller T. A state wide evaluation of appendectomy in children. Am J Surg 1999;178:537-40.
12. Horwitz JR, Gurse M, Jaksic T, Lally K. Importance of diarrhea as presenting symptom of appendicitis in very young children. Am J Surg 1997;173:80-2.
13. Kaplan S. Antibiotic usage in appendicitis in children. Pediatr Infect Dis J 1997;17(11):1047-8.
14. Dado G, Anania U, Baccarani E. Application of a clinical score for the diagnosis of acute appendicitis in childhood; A retrospective analysis of 197 patients. J Pediatr Surg 2000;35:1329-32.