

HOSPITAL PEDIATRICO DOCENTE DE CENTRO HABANA

Apendicitis aguda.

Revisión estadística de 200 casos.

(Informe preliminar)*

Por los Dres.:

ANGEL M. MORANDEIRA MARTIN,** NORMA CASTAÑON GONZALEZ*** y
CARLOS V. CELAYA VENEREO****

Morandeira Martín, A. M. y otros. *Apendicitis aguda. Revisión estadística de 200 casos. (Informe preliminar)*. Rev Cub Ped 50: 6, 1978.

Se revisan los primeros 200 casos de pacientes intervenidos quirúrgicamente a quienes se les diagnosticó apendicitis aguda. Se relacionan las fases histopatológicas encontradas con las complicaciones y el tiempo de evolución desde el comienzo de los síntomas hasta la decisión operatoria.

INTRODUCCION

El avance de la salud pública en nuestro país y la implantación por nuestro Ministerio de las normas de diagnóstico y tratamiento de las afecciones quirúrgicas más frecuentes, ha erradicado muy en especial la apendicectomía por la llamada apendicitis crónica, lo que

conlleva el abandono de la apendicectomía incidental o profiláctica.

Por estadísticas propias y fidedignas, se ha puesto en evidencia un aumento de la morbilidad de la apendicitis aguda, que comienza con la década del 70, siendo ésta la razón por la cual hemos realizado este trabajo.

MATERIAL Y METODO

Fueron escogidos los primeros 200 casos de pacientes intervenidos quirúrgicamente en el servicio de cirugía del hospital pediátrico docente de Centro Habana, haciendo hincapié en la relación existente entre el tiempo de evolución preoperatorio, de los síntomas y signos, con el resultado anatomopatológico, complicación y evolución de los mismos, así como la edad y el sexo de estos pacientes.

* Trabajo presentado en la XVIII Jornada Nacional de Pediatría, en Cienfuegos, Las Villas, 1974.

** Especialista en cirugía pediátrica. Cirujano jefe del departamento de cirugía infantil del hospital pediátrico docente de Centro Habana.

*** Especialista en cirugía infantil. Hospital pediátrico docente de Centro Habana.

**** Especialista de I grado en cirugía pediátrica. Hospital pediátrico docente de Centro Habana.

CUADRO I

**APENDICITIS AGUDA
REVISION ESTADISTICA DE 200 CASOS**

<i>Edades</i>		<i>Sexos</i>	
<i>Años</i>	<i>Casos</i>		<i>Casos</i>
0 - 2	2	Femenino	72
3 - 5	14		
6 - 10	107	Masculino	128
11 - 15	77		
Total	200	Total	200

RESULTADOS

En cuanto a la edad y el sexo hemos observado que la mayor incidencia es en niños de edad escolar, por encima de los 5 años, y existen 184 casos entre las edades de 6 y 15 años, para el 92%, y 107 entre las edades de 6 y 10 años, para el 53.5% (cuadro I).

Como hemos visto en la mayoría de los trabajos revisados, coincidimos en que predomina moderadamente el sexo masculino (128 casos) sobre el femenino, que cuenta con 72 pacientes.

CUADRO II

**APENDICITIS AGUDA
REVISION ESTADISTICA DE 200 CASOS**

<i>Tiempo de comienzo de los síntomas (Horas)</i>	<i>Casos</i>	<i>Apendicitis catarral</i>	<i>Apendicitis flegmonosa</i>	<i>Apendicitis supurada</i>	<i>Apendicitis gangrenosa</i>
0 a 9	10	7	3	0	0
10 a 19	44	10	26	3	5
20 a 29	75	3	47	11	14
30 a 39	44	2	15	8	19
40 a 49	18	2	5	4	7
50 a 59	1	0	1	0	0
60 a 69	1	0	1	0	0
70 a 79	6	0	0	0	6
79 y más	1	0	0	1	0
Total	200	24	98	27	51

CUADRO III

**APENDICITIS AGUDA
REVISION ESTADISTICA DE 200 CASOS
GERMINACION**

<i>Microorganismos en 75 casos</i>	<i>%</i>
Escherichia coli	93.3
Estafilococo	1.3
Enterococo	1.3
Pseudomonas	2.8
Klebsiella	1.3

En relación con el tiempo de inicio de los síntomas y el estado anatomopatológico del apéndice, observamos que a más tiempo preoperatorio, el estadio anatomopatológico es más avanzado, con el mayor número de complicaciones. Analizamos que entre las 10 y 49 horas de evolución preoperatorias se encontró más incidencia de apendicitis gangrenosa y perforada (cuadro II), con un total de 181 pacientes que presentan apendicitis aguda, lo que representa el 91%, subdivididos a su vez en:

CUADRO IV
APENDICITIS AGUDA
REVISION ESTADISTICA DE 200 CASOS
COMPLICACIONES

<i>Apendicitis catarral:</i>	No hubo complicaciones .
<i>Apendicitis gangrenosa:</i>	1 G.D.A. Shock séptico.
	1 Oclusión intestinal.
	1 Oclusión intestinal, peritonitis y fistula intestinal externa.
	1 Peritonitis secundaria.
Total: 4 complicaciones de 98 casos operados. Porcentaje: 4,1%.	
<i>Apendicitis supurada:</i>	Peritonitis secundaria. 5 (No se precisa germen).
Total: 5 complicaciones de 27 casos operados. Porcentaje: 18,6%.	
<i>Apendicitis gangrenosa:</i>	3 Peritonitis secundaria. (No se precisa germen).
	1 Peritonitis secundaria. (Enterococo).
	1 Peritonitis secundaria. (Estafilococo).
	1 Peritonitis secundaria. (Coli).
	1 Absceso subfrénico izquierdo y derecho. Absceso del Douglas. Neumonía. Insuficiencia cardíaca.
Total: 7 complicaciones de 51 casos operados. Porcentaje: 13,7%.	
Total de intervenciones:	200 casos
Porcentaje total:	8%
Total de complicaciones:	16 casos
Porcentaje total:	9,1%

— flegmonosas	93
— supuradas	26
— gangrenosas (6 perforadas)	45

De éstos, 80 presentaron peritonitis, y se tomó muestra para cultivo y antibiograma; no hubo germinación en 5 casos. En los otros 75 se encontraron diversas bacterias, según puede verse en el cuadro III.

En cuanto a complicaciones, en este período hubo el mayor número de ellas, las que aparecen relacionadas en el cuadro IV.

Nuestros 200 pacientes son los que concurren de primera intención al cuerpo de guardia de este centro, otros que habían estado ingresados por varios días u horas en otro hospital y por último un grupo que, ingresado en nuestro servicio, fue intervenido quirúrgicamente varias horas después de su ingreso.

CONCLUSIONES

Debemos mantener una estrecha vigilancia ante todo niño que concorra a nuestro cuerpo de guardia con dolor abdominal, tanto en edad escolar, que es donde se observa con más frecuencia, como en el lactante, por lo difícil que es de hacer el diagnóstico a esta edad.

Se debe tener en cuenta la espera preoperatoria, pues observamos un mayor número de complicaciones y un estadio anatomopatológico más avanzado, mientras mayor sea este tiempo.

Entre las complicaciones mayormente halladas, están las peritonitis secundarias y el germen más frecuente la *Escherichia coli*.¹⁻⁵

Queremos señalar que somos partidarios de la apendicectomía incidental o profiláctica, de ser posible al realizar otras intervenciones quirúrgicas.⁶

Consideramos que todo niño portador de dolor abdominal, debe ser ingresado, ya que no es raro que los síntomas abdominales sufran cambios "espectaculares" en pocas horas y a la vez nos sirve para observar mejor a un niño que puede ser portador de una apendicitis aguda y para poder valorar mejor el progreso de los síntomas, y tener una actitud quirúrgica más precoz en esta afección, con vista a una favorable evolución en nuestros pacientes.

Por último, debemos recordar las palabras de *Ravitch* y *Martin*, en el capítulo 49 del libro de *Benson de Cirugía Pediátrica*, que dicen:¹⁰

"Sin embargo, cuando todos los síntomas apuntan persistentemente hacia una apendicitis es mucho mejor extirpar un apéndice normal que permitir el progreso de una apéndice hacia la perforación y la peritonitis".

SUMMARY

Morandeyra Martin, A. M. et al. *Acute appendicitis: A statistical review of 200 cases. Preliminary report.* Rev Cub Ped 50: 6, 1978.

The first 200 patients who underwent a surgical operation for acute appendicitis are studied. The histopathological stages found are correlated with the complications and the time elapsed between the beginning of symptoms and the performance of the surgical operation.

RESUME

Morandeyra Martin, A. M. et al. *Appendicite aiguë. Revue statistique de 200 cas. (Rapport préliminaire).* Rev Cub Ped 50: 6, 1978.

Les premiers 200 cas d'appendicite aiguë, intervenus chirurgicalement, sont revus. On établit un rapport entre les phases histopathologiques trouvées, les complications et le temps d'évolution depuis le début des symptômes jusqu'à l'intervention.

РЕЗЮМЕ

Морандейра Мартин, А.М. и др. Острый аппендицит. Статистический обзор 200 случаев. (Предварительная информация). Rev. Cub. Ped. 50: 6, 1978

Проводится просмотр первых 200 случаев с пациентами на которых было проведено хирургическое вмешательство по случаю постановки им диагноза острого аппендицита. Проводится увязка обнаруженных гистопатологических фаз с осложнениями и типом эволюции начиная с самого начала появления синдрома вплоть до момента хирургического вмешательства.

BIBLIOGRAFIA

1. Acute abdomen in childhood. *Br Med J* 1: 648, Mar. 1967.
2. *Brigkman, I. D. et al.* Acute appendicitis in childhood. *Surgery* 60: 1083, Nov. 1966.
3. *Daudet, M. et al.* L'appendicite sigüé chez le nourrisson et le tres jeune enfant. Possibilités et intérêt d'un diagnostic precoce. *Pediatrie* 20: 167, Mar. 1965.
4. *Shandling, B. et al.* Perforating appendicitis and antibiotic. *J Pediat Surg* 9: 79, Feb. 1974.
5. *Grob, M. et al.* Patologia quirúrgica infantil. 1.ª Ed. p. 385. Ed. Científico-Médica, Barcelona, 1958.
6. *Gross, R. E.* The surgery of infancy and childhood. p. 253, W. B. Saunders Co. Philadelphia, 1953.
7. *Boyce, F. F.* Acute appendicitis and its complications, p. 409, Oxford University Press New York, 1949.
8. *Stanley-Brown; Edward G.* Acute appendicitis during first five years of life. *Am J Dis Child* 108: 134, Aug. 1964.
9. *Gutiérrez García, A. y otros.* ¿Está justificada la apendicectomía profiláctica? *Rev Cub Cir* 13: 667, Nov-Dic. 1974.
10. *Benson, E. A.* Sepsis after appendectomy. *Lancet* 2: 610, Sep. 1971.

Recibido: abril 27, 1978.

Aprobado: mayo 12, 1978.