



Experiencia del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza de pacientes operados de apendicectomía por laparoscopia

Miguel Márquez,* Modesto Ayala,** Fernando Palacios***

Resumen

Se realizó un estudio retrospectivo analizando los resultados de la apendicectomía laparoscópica en el Hospital Ignacio Zaragoza del ISSSTE. La apendicitis se reconoció hasta que el patólogo Hebert Fitz leyó sus resultados de 257 apéndices perforadas en una reunión de médicos americanos. No fue hasta 1894 que Charles McBurney describió la incisión y la técnica de apendicectomía que se convirtió en estándar de oro en el tratamiento de esta enfermedad en los siglos XX y XXI. Estudiamos 50 pacientes con edad media de 32 años, rangos de 12 a 77 años. Los días de estancia hospitalaria postoperatoria fueron: un día para 52% (26 pacientes), dos días para 30% (15 pacientes), tres días para 10% (5 pacientes), 2 pacientes (4%) requirieron conversión a cirugía abierta por adherencias intraabdominales y 2 pacientes (4%) se convirtieron por presentar apendicitis complicada que imposibilitó continuar con este abordaje. 10% (5 pacientes) cursó con apendicitis complicada, mientras que el 90% (45 pacientes) cursó con apendicitis no complicada. Ninguno reportó fístulas ni abscesos. Ventajas técnicas son poder explorar toda la cavidad peritoneal, resolver otras patologías pélvicas (en especial en mujeres), minimizar el íleo, el dolor postoperatorio, reducir por completo la infección del sitio quirúrgico y hernias postincisionales.

Palabras clave: Apendicitis, apendicectomía laparoscópica.

Abstract

A retrospective trial was performed to analyze laparoscopic appendectomy at Ignacio Zaragoza ISSSTE Hospital. Appendicitis became recognized as a surgical disease when pathologist Hebert Fitz read his 257 analyses of perforating inflammation of appendix at the meeting of american physicians. It was not until 1894 that Charles McBurney described the surgical incision that bears his name and the technic of appendectomy that was to become the gold standard treatment for appendicitis for 20th and 21st centuries. Fifty patients with a median age of 32 years (range 12-77 years) were analyzed. One day was the mean hospital stay for 26 patients (52%), two days for 15 patients (30%), and three days for 5 patients (10%). Two patients (4%) was converted to open surgery for intra-abdominal adhesions, 4% (2 patients) was also converted for complicated appendicitis who make impossible the conclusion in laparoscopic approach. 10% (5 patients) had complicated appendicitis, while 90% (45 patients) had no complicated appendicitis. No one reported abscess or fistula. Approach advantages means explore all the peritoneal cavity, to treat other pelvic pathologies (especially in women), to minimize postoperative pain and ileus and can reduce almost zero to postoperative site infection and postincisional hernias.

Key words: Appendicitis, laparoscopic appendectomy.

No se requiere de ninguna Guía Ética Especial, ya que es un estudio descriptivo, retrospectivo de pacientes operados de apendicectomía laparoscópica. Se aprobó por el Comité de Ética e Investigación del Hospital Ignacio Zaragoza.

INTRODUCCIÓN

Conociendo la epidemiología en relación a la apendicitis, el Servicio de Urgencias del Hospital Regional General Ignacio Zaragoza recibe hasta un 32% de consulta de urgencias por dolor abdominal, de este porcentaje se ha estimado que hasta el 30% está relacionado con un cuadro de apendicitis tanto en la sala de Urgencias de Adultos como en la sala de

* Residente de 4to año.

** Jefe de Servicio.

*** Médico adscrito.

Departamento de Cirugía General, Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, ISSSTE.

Correspondencia:

Miguel Márquez

Comunal 80bis, Interior 701, Colonia Acacias, 03240, Delegación Benito Juárez, teléfono 55240801, teléfono celular 04455 51049928. E-mail: drmiguelmarquez2010@hotmail.com

Urgencias de Pediatría, motivo por el cual con el advenimiento del abordaje laparoscópico se empezó a realizar el procedimiento de apendicectomía laparoscópica por parte del Servicio de Cirugía General. Un abordaje que cambió el estado clínico postoperatorio del paciente, cambió el tiempo postoperatorio intrahospitalario y disminuyó el costo durante el mismo.

ANTECEDENTES

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de dolor abdominal agudo, representa el 47.8% de los ingresos quirúrgicos en los Servicios de Urgencia hospitalaria. Veinte por ciento de la población desarrollará un cuadro de apendicitis aguda durante su vida. La probabilidad de presentarla es 1 de 5 al nacimiento, 1 en 35 a los 50 años y menor de 1 en 100 a los 70 años. Afecta a cualquier edad y sexo, con una relación masculino:femenino de 1.25:1.00 y una edad promedio de 27 años, con una moda de 19 años en una población entre los 12 y los 106 años de edad. Se acepta que un cirujano experto extirpe un apéndice macroscópicamente normal de 15-20% de los casos. Tener una certeza diagnóstica de 100% es peligroso porque refleja retraso en el diagnóstico y tratamiento.^{1,5,6}

Aunque las causas de la apendicitis aguda son controversiales, factores genéticos, anatómicos, dietéticos, infecciosos, neoplásicos y de cuerpos extraños, se consideran desencadenantes, en forma única o multifactorial y en ellos la obliteración de la luz apendicular es un aspecto primordial. Las primeras descripciones del apéndice cecal se remontan al siglo XVI, dibujadas por primera vez en los cuadernillos anatómicos de Leonardo da Vinci alrededor de 1500, éste no se describió formalmente sino hasta 1524 por Jacobo Berengari da Capri y en 1543 por Vesalius.¹ En 1554 Fernel publicó lo que es tal vez la primera descripción de un caso de apendicitis aguda, se trató de un niño de siete años con dolor abdominal en la fosa iliaca derecha, poco después desarrolló dolor intenso y falleció. La autopsia mostró que una semilla había obstruido la luz del apéndice, lo que dio por resultado perforación y necrosis.^{2,7,9}

Se le atribuye a Amyand, la primera apendicectomía en el año de 1736, cuando operó a un niño que tenía una fístula enterocutánea dentro de una hernia inguinal. Al explorar el saco herniario, descubrió que el apéndice había sido perforado por un clavo provocando una fístula fecal. Como resultado de su descripción original, una hernia inguinal que contiene apéndice en su interior aún se denomina hernia de Amyand. Cerca de 150 años después Lawson Tait cirujano londinense, presentó la primera apendicectomía transabdominal exitosa por apendicitis gangrenosa en 1880.

No fue hasta 1886 que el patólogo de la Universidad de Harvard Reginald Heber Fitz en la Reunión Anual de la Asociación de Médicos Americanos presentó su ya clásico estudio donde reportó 209 casos de tiflitis y peritiflitis y

257 de inflamación y perforación del apéndice, también se reconoce a este último haber acuñado el término apendicitis y señalar la evolución natural de la enfermedad. En 1889, Charles McBurney del Colegio de Cirujanos de Columbia en Nueva York, presentó su serie de casos de apendicitis tratada quirúrgicamente y describió el punto que lleva su nombre «Muy exactamente entre una y media y dos pulgadas desde la apófisis espinosa antero-superior del iliaco en una línea recta trazada desde esta apófisis al ombligo». También describió la incisión que lleva su nombre y la técnica quirúrgica de la apendicectomía que bien fue el estándar de oro durante los siglos XX y XXI.^{3,8,13}

En 1980, Kurt Semm, ginecólogo alemán realizó la primera apendicectomía de forma laparoscópica. Lo cual ha traído controversia para demostrar cuál técnica es superior a la otra. Aproximadamente se realizan 250,000 apendicectomías por año en nuestro país, siendo la intervención abdominal quirúrgica más común.^{4,11,12}

MATERIAL Y MÉTODOS

Pacientes operados de apendicectomía laparoscópica en los tres turnos de Cirugía General en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza desde marzo 2010 hasta septiembre de 2010.

Los criterios de inclusión fueron pacientes adultos postoperados de apendicectomía laparoscópica. Los criterios de exclusión fueron pacientes operados de laparoscopia diagnóstica o con el diagnóstico no corroborado de apendicitis y pacientes operados de apendicectomía por laparotomía u otra incisión abdominal.

Las variables que se tomaron en cuenta fueron:

Grupos etarios y género predominantes en pacientes con apendicitis.

Porcentaje de los diferentes grados de apendicitis que se operaron.

Porcentaje de días de estancia hospitalaria.

Porcentaje de complicaciones postoperatorias relacionadas con el abordaje quirúrgico.

Porcentaje de complicaciones postoperatorias relacionadas con el padecimiento.

La información se obtuvo a partir del expediente clínico, del cual se obtuvieron los datos de la ficha de identificación, como el nombre, edad, sexo, y clasificación del grado de apendicitis.

RESULTADOS

Se analizaron 50 expedientes de pacientes operados de apendicectomía laparoscópica.

El paciente de menor edad fue de 12 años y el paciente de mayor edad fue de 77 años.

El 56% (28 pacientes) de sexo femenino y el 44% (22 pacientes) de sexo masculino.

El porcentaje de días de estancia en el postoperatorio fue de un día en el 52% (26 pacientes), de 2 días en el 30% (15 pacientes), de 3 días en el 10% (5 pacientes), el restante 8% está dividido entre pacientes de diferentes días de estancia, el mayor de ellos reportó 7 días. El porcentaje de complicaciones relacionadas con el abordaje quirúrgico se reportó de la siguiente manera: 4% (2 pacientes) con amputación del muñón apendicular de manera accidental, 4% (2 pacientes) con conversión de la cirugía a laparotomía por adherencias relacionadas a cirugías previas que imposibilitaron el abordaje laparoscópico, 6% (4 pacientes) con conversión de la cirugía a laparotomía por apendicitis complicada que imposibilitó terminar el abordaje laparoscópico por no tener una visualización adecuada del sitio quirúrgico.

De los 50 expedientes de pacientes que se revisaron, todos tenían citas subsecuentes como pacientes ambulatorios en la consulta externa, hasta el momento sin complicaciones propias del padecimiento como abscesos residuales o fístulas estercoráceas.

De los 50 expedientes que se revisaron ningún paciente cursó con hernia postincisional, ningún paciente cursó con infección de las heridas quirúrgicas.

De los 50 expedientes que se revisaron el 10% (5 pacientes) cursaron con apendicitis complicada y 90% (45 pacientes) cursaron con apendicitis no complicada (fase edematosa, con natas de fibrina, pared gangrenada).

DISCUSIÓN

La apendicectomía por apendicitis aguda continúa siendo una de las operaciones más practicadas por los cirujanos generales. A pesar de los adelantos tecnológicos, su diagnóstico se basa en la clínica y en la experiencia del examinador. Las diversas formas de presentación hacen que un grupo de estos pacientes requiera de un periodo variable de observación y, en ocasiones, de una cirugía innecesaria. La introducción de la laparoscopia en el arsenal del cirujano le

permite acceder a un diagnóstico más precoz y preciso. Más aún, el desarrollo de las técnicas de cirugía laparoscópica le permiten extirpar dicho órgano sin tener que recurrir necesariamente a una laparotomía formal. De acuerdo a la experiencia acumulada, podemos señalar que la apendicectomía laparoscópica constituye una técnica segura, con las ventajas reconocidas de la cirugía mínimamente invasiva.

Además de las ventajas propias de los procedimientos laparoscópicos en general, en el caso concreto de la apendicectomía destacan la reducción del dolor, del tiempo de hospitalización y del periodo de invalidez. Por otra parte, gracias a la exploración abdominal completa se evitan errores diagnósticos, sobre todo en las mujeres jóvenes.

Conscientes de que la introducción de una técnica laparoscópica nueva para una patología clásica de resolución con técnicas abiertas de amplia difusión y con resultados razonables en términos de morbilidad, considerada también por muchos ya sin novedad del punto de vista técnico, nosotros en el Hospital Regional General Ignacio Zaragoza, basados en lo comunicado en la literatura internacional y los buenos resultados comunicados por equipos nacionales decidimos iniciar nuestra experiencia con este tipo de abordaje.

CONCLUSIONES

Ofrece las siguientes ventajas técnicas: Completa exploración de la cavidad peritoneal (confirmación diagnóstica), expedita y cómoda ubicación del apéndice, fácil control de su hemostasia, seguro manejo del muñón apendicular, permite aseo prolijo de toda la cavidad, permite tratar patologías asociadas.

Ofrece las siguientes ventajas postoperatorias: Mínimo dolor e íleo postoperatorio, realimentación precoz, reducción de infección de herida operatoria, desaparición de eventraciones y hernias incisionales, desaparición de adherencias postoperatorias, breve estadío hospitalario.

REFERENCIAS

1. Meade RH. An introduction to the history of general surgery. Philadelphia, PA: Saunders 1968.
2. Thomas CG. Classic description of disease. Springfield;1932.
3. Amyand C. Of an inguinal rupture, with a pin in the appendix caeci, incrustrated with stone, and some observations on wounds in guts. *Philos trans R Soc London* 1736;39:329-342.
4. Tait L. Surgical treatment of typhlitis. *Birmingham Med Rev* 1890;27: 26-34.
5. Fitz RH. Perforating inflammation of the vermiform appendix; with special reference to its early diagnosis and treatment. *Am J Med Sci* 1886; 92: 312-346.
6. McBurney CM. Experience with early operative interference in cases of disease of vermiform appendix. *NY Med J* 1889;50: 676-684.
7. Blind PJ, Dahlgren ST. The continuing challenge of the negative appendix. *Acta Chir Scand* 152: 623, 1986.
8. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, et al. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. *Am J Epidemiol* 1990; 132:910.
9. Fragoso MC. Acute appendicitis: A clinicopathological analysis of 200 cases] - *Rev Gastroenterol Mex* - 01-OCT-1993; 58(4): 342-5
10. Emil S. Risk of rupture in appendicitis. *J Am Coll Surg* - 01-AUG-2006; 203(2): 265-6
11. Carr NJ. The pathology of acute appendicitis. *Ann Diagn Pathol* 2000; 4:46.
12. Andersson RE. Meta-analysis of the clinical and laboratory diagnosis of appendicitis. *Br J Surg* 2004; 91:28.
13. Ohmann C, Yang Q, Franke C. Diagnostic scores for acute appendicitis. Abdominal Pain Study Group. *Eur J Surg* 1995; 161:2