

Artículo original

Apendicitis aguda en la infancia. La importancia de su diagnóstico temprano

Alejandro Torres Bravo,¹ María del Carmen Neri Moreno,² Luz María Del Carmen San Germán Trejo³¹ Médico Residente de Pediatría.² Coordinadora del Servicio de Pediatría.³ Jefe de Investigación del Hospital General Ignacio Zaragoza del ISSSTE.

Resumen

Introducción: La apendicitis aguda es una de las principales causas de abdomen agudo en la edad pediátrica; es importante tener un diagnóstico temprano y oportuno para evitar complicaciones postquirúrgicas. **Objetivo:** Se determinaron los signos y síntomas más frecuentes asociados a la apendicitis aguda en la edad pediátrica. **Resultados:** De 53 pacientes, 30 del sexo masculino y 23 femeninos; de los signos y síntomas más presentados son: el signo de Mc Burney en el 94.3%, posteriormente dolor en fosa iliaca derecha en 81.1%, acompañado con náusea 81.1%, vómito en el 76.6%, y fiebre con 71.7%. La diarrea y disuria también se presentaron en menor frecuencia a pesar de ser signos atípicos. Las complicaciones postquirúrgicas encontradas fueron: íleo 26.4%, abscesos 15% y perforación intestinal 11.3%.

Palabras clave: *Apendicitis, diagnóstico, signos y síntomas.*

Summary

Introduction: Acute appendicitis is one of the main causes of acute abdomen in the pediatric age; it is important to diagnose it early to avoid post surgical complications. **Objectives:** To determine the more frequent symptoms associate in the pediatric age. **Results:** From 53 patients, 30 of the male sex and 23 female sex, the signs and symptoms more frequent are: sign of Mc Burney 94.3%, pain in fossa iliac right 81.1%, nausea 81.1%, vomit 76.6%, and fever 71.7%. Diarrhea and disuria can also be present in smaller frequency in spite of being atypical signs. The postsurgical complications found were: paralytic ileo 26.4%, abscesses 15% and intestinal perforation 11.3%.

Key words: *Appendicitis, diagnosis, signs and symptoms, complications.*

Introducción

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo que requiere intervención quirúrgica durante la edad pediátrica. Esta patología quirúrgica es sumamente rara en la lactancia y en la edad preescolar, tiende a prevalecer en jóvenes adolescentes y en la edad madura temprana. Existen factores predisponentes como la obstrucción mecánica, bacterias, virus, parásitos, también predisposición genética, inmunológica, dieta baja en fibra y condiciones geográficas.¹

El diagnóstico de apendicitis aguda en niños puede ser confuso, por la dificultad al obtener la historia clínica y exploración física. En niños pequeños, la sintomatología puede confundirse con otras patologías más frecuentes como diarrea e infección de vías urinarias. La evaluación a menudo es apoyada con exámenes de laboratorio y gabinete que puede cambiar la interpretación diagnóstica.^{2,3}

El proceso obstructivo apendicular es la causa más común de apendicitis aguda.^{4,5} El incremento en el tiempo de evolución entre el inicio de la sintomatología y el tratamiento quirúrgico, es un factor de riesgo para presentar ruptura apendicular. Se considera que existen factores predisponentes, como lo son factores ambientales, nutricionales, hábitos de evacuación y no es despreciable la posible carga genética que pudiera existir, como lo expresa Mendoza.

Material y métodos

Se incluyeron en este estudio un total de 53 pacientes, de edad preescolar, escolar y adolescentes, vistos del 1° de enero al 31 de mayo de 2008. Los pacientes fueron intervenidos quirúrgicamente y posteriormente se les dio seguimiento de la evolución y tratamiento de cada uno de los pacientes hasta el momento del alta.

Se realizó un interrogatorio directo a los pacientes de edad escolar y adolescentes e indirecto de los pacientes de edad preescolar, analizándose las siguientes variables: edad

del paciente en años, sexo, tiempo de evolución desde el inicio de la sintomatología, presencia de dolor en fosa iliaca derecha, náusea, vómito, fiebre, diarrea, disuria, signo de Mc Burney, y rebote, antecedentes de familiares postoperados y complicaciones presentadas.

Resultados

De los 53 pacientes, 30 (56.6%) pacientes del sexo masculino, 23 (43.4%) pacientes femeninos, con una edad mínima de 2 años y máxima de 17 años, la relación que guardaron de acuerdo a sexo fue de 1.7:1 en relación al sexo masculino.

La sintomatología que se presentó durante la evolución clínica es la siguiente: Mc Burney positivo con el más alto porcentaje en 50 (94.3%) pacientes, seguido de dolor en fosa iliaca derecha con 43 (81.1%) pacientes, posteriormente náusea en 43 (81.1%) pacientes, fiebre con 39 (76.6%) pacientes, vómito en 38 (71.7%) pacientes.

En lo que respecta a la edad, se formaron tres grupos, el grupo A, se incluyeron pacientes de 1 a 5 años con un total de 1 paciente (1.9%), el grupo B, pacientes de 6 a 11 años con 29 (54.71%) pacientes y el grupo C de 12 a 17 años, con 23 (43.39%) pacientes. Predominando en todos los grupos el sexo masculino.

Es de hacer notar las complicaciones presentadas; se destaca en primer lugar la presencia de íleo intestinal con un total de 14 (26.4%) pacientes, de los cuales 8 (57.2%) son del sexo masculino y 6 (42.8%) del sexo femenino, posteriormente absceso de pared en 8 (15%) pacientes, de los cuales 5 (62.5%) son del sexo masculino y 3 (37.5%) del sexo femenino; perforación intestinal 6 (11.3%) pacientes, 4 (66.6%) son del sexo masculino y 2 (33.4%) del sexo femenino; sepsis abdominal 3 (5.6%) pacientes, 2 (66.6%) fueron del sexo masculino y 1 (33.4%) del sexo femenino y por último la presencia de fístula 1 (1.8%) paciente, del sexo masculino (cuadro 1).

Discusión

Es considerado en la literatura que existe mayor presencia de pacientes que cursan con apendicitis aguda en el sexo masculino que en el femenino, como lo expresa Nelson y colaboradores. La apendicitis aguda se presenta con mayor frecuencia en pacientes de edad escolar, seguido de los adolescentes, y es rara en la etapa preescolar y lactantes.⁵

La sintomatología observada con mayor frecuencia fue el signo Mc Burney, seguido de dolor abdominal en fosa iliaca derecha, este dolor inicia en la región del epigastrio, y posteriormente se irradia a fosa iliaca derecha, siendo éste el signo más común de toda nuestra población, lo que concuerda con Ashcraft, seguidos de náusea y el vómito, lo que coincide con Ashcraft y Colvin, que refieren que en los pacientes pediátricos menores de 5 años se observó primero la presencia de dolor abdominal, fiebre, y posteriormente náusea y vómito.^{9,10}

El signo Mc Burney es un punto de referencia específico cuando se acompaña de más sintomatología. Esta afirmación concuerda con nuestro estudio realizado porque es el signo con mayor presencia en nuestros pacientes.⁵ Cabe resaltar que en nuestro estudio la disuria y diarrea se presentaron en pacientes con relativa frecuencia, por lo que se debe realizar diagnóstico diferencial con otras patologías, como enfermedades digestivas e infección de vías urinarias, y descartar cálculos urinarios, litiasis vesicular, alteraciones urinarias como pielonefritis y en casos del sexo femenino con enfermedad pélvica inflamatoria, ruptura de embarazo tubario, torsión de ovario o de un quiste.

El propósito de este estudio es resaltar los signos y síntomas más frecuentes de la apendicitis aguda en las diferentes edades pediátricas, lo cual concuerda con nuestro estudio, porque los pacientes de edad escolar son los que presentaron más frecuentemente síntomas inespecíficos y mayor número de complicaciones.³ Sin embargo, Vargas agrega más factores que intervienen en el retraso del diagnóstico y

Cuadro 1. Complicaciones presentadas de los pacientes apendicectomizados de acuerdo a edades.

Complicaciones	Edad			Masculino	Femenino
	1-5 años	6-11 años	12-17 años		
Íleo	1	6	7	8	6
Sepsis abdominal	0	3	0	2	1
Obstrucción intestinal	0	0	0	0	0
Perforación intestinal	0	4	2	4	2
Fístula	0	1	0	1	0
Absceso	0	4	4	5	3
Sepsis	0	0	0	0	0
Totales	1	18	13	20	12

Fuente: hoja de recolección de datos.

menciona el consumo previo de medicamentos que enmascaran la evolución.¹¹

Las principales complicaciones presentadas fueron el íleo intestinal, el absceso de pared y la perforación intestinal, lo cual difiere de lo que piensa Mendoza que refiere, en orden de frecuencia, la perforación intestinal, infección de tejidos blandos y por último absceso.

Referencias

1. Michael W, Martin M, Julie A et al. Acute appendicitis in children: the importance of family history. *Journal of Pediatrics Surgery* 2001; 36(8): 1214-1217.
2. Nina A, Arthur Jr, Mary R et al. How time affects the risk of rupture in appendicitis. *American College of Surgeons* 2006; 202: 401-406.
3. Vázquez RMA, Monteruel E, García NE y cols. Apendicitis aguda en la infancia. Factores asociados al retraso diagnóstico. *Urgencias de Pediatría. Hospital de Cruces. Baracaldo* 2006; 18: 151-155.
4. Nieto J, Montes F. Apendicitis Aguda. En: Valencia FP. *Hospital Infantil de México «Urgencias en pediatría»*. México D.F. McGraw-Hill. 2003: 1051-1054.
5. Mendoza R, Alonso F. Apendicitis en edades pediátricas. *Cirujano General* 2005; 27(3): 237-243.
6. Behrman ER, Kliegman MR, Jonson BR y col. Apendicitis aguda. *Nelson Tratado de Pediatría*. Madrid España, Elsevier 2005: 1285-1283.
7. Ivanhoe A, Gamboa O, Vázquez A, Lorenzana E. Fondo genético probable de la apendicitis aguda. *Cirugía y Cirujanos Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla* 2000; 68(4): 148-153.
8. Rivera C, Fernando A, Peters H. Innate immunity genes influence the severity of acute appendicitis. *Annals of Surg* 2004; 240(2): 277-269.
9. Ashcraft K, Holder T. *Cirugía pediátrica, apendicitis*, México: McGraw-Hill, Segunda Edición, 1995; 39: 484-491.
10. Colvin JM, Bachur RM. The presentation of appendicitis in preadolescent children. *Pediatric Emergency* 2007; 23(12): 849-855.
11. Vargas A, López S, Ramírez D, Rodríguez A, Fernández E. Apendicitis, factores de riesgo que influyen en el retraso del tratamiento. *Cirugía General del Hospital General de México* 2001; 23(3): 154-157.