

Factores de agravación en la apendicitis aguda del niño

Dr. Juan L. Benedicetti.

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo en el niño.

Se enumeran los múltiples factores que agravan esta afección en la infancia.

El diagnóstico en una correcta historia y examen físico no siempre es posible realizarlo.

Teniendo en cuenta la rápida evolutividad de la apendicitis —sobre todo en el lactante y niño pequeño— se debe pensar en ella ante todo cuadro agudo doloroso de abdomen.

Clinica Quirúrgica Infantil. (Director Prof. Dr. Walter Taibo. Hospital Pereira Rossell. Fac. de Medicina. Montevideo.

PALABRAS CLAVE (KEY WORDS, MOTS CLÉS) MEDLARS:
Appendicitis.

SUMMAR : Aggravation factors in children's acute appendicitis.

The most frequent etiology of children's acute abdomen is appendicitis. The factors that aggravate this disease in childhood are enunciated. Diagnosis based in a correct clinical record and physical examination, not always is possible to be done.

Taking in account appendicitis accelerated evolutivity —for the most part in suckling baby and small child— in all acute abdominal pain syndrome, we must think on it.

RÉSUMÉ: Facteurs d'aggravation en l'appendicite aiguë dans l'enfant.

S'énumèrent les facteurs multiples qui aggravent cette affection dans l'enfance. Avec une histoire correcte et un examen physique, le diagnostique n'est pas toujours possible d'être réalisé. Comptant sur la ra-

pide évolution de l'appendicite —surtout dans le lactant et l'enfant petit— on doit penser en elle avant tout comme cadre aigu douloureux de l'abdomen.

En una revisión previa sobre 240 historias clínicas de niños intervenidos con diagnóstico de Apendicitis Aguda, obtuvimos los siguientes datos:

Apendicitis Aguda	146 casos	(60.83%)
Apendicitis Evolucionadas	84 casos	(35%)
Adenitis Mesentérica	10 casos	(4.16%)

El porcentaje de apendicitis evolucionadas, está de acuerdo con otras estadísticas nacionales consultadas.^(4, 5, 15, 17)

La importancia del tema, se debe a que la apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo en el niño, ocupando el 9.1% de los ingresos anuales en nuestro hospital. La mayoría se observa entre los 4 y 12 años.⁽¹⁶⁾ El motivo de la presente comunicación, es la consideración de diversos factores de agravación, unos vinculados exclusivamente a la propia enfermedad y otros por errores cometidos por el cirujano.⁽³⁾ Los que van a llevar al niño tardíamente a la operación, y que pueden ser causas de complicaciones en el período postoperatorio. Observamos, que algunos de ellos, son comunes a la apendicitis del adulto, mientras que otros son propios de la infancia. Los podemos clasificar de la siguiente forma:

1. Debidos al paciente.

Presentado como Tema Libre al 33° Congreso Uruguayo de Cirugía, Montevideo, 28 de noviembre al 1° de diciembre de 1982.

Asistente de Clínica Quirúrgica Infantil.

Dirección: Santiago Nieves 2139. Montevideo (Dr. J.L. Benedicetti).

2. Vinculados a la enfermedad.
3. De orden socio-económicos y culturales.
4. Provocados por enfermedades intercurrentes.
5. Originados en errores técnicos.

Debidos al paciente:

a) Anatómicas. El epiplón no llega hasta la fosa ilíaca derecha hasta los 3 o 4 años. No tenemos hasta esa edad, uno de los mecanismos de protección, aislamiento y localización, conque cuenta el abdomen frente a un proceso infeccioso. Toda demora en el diagnóstico de la afección, significa mayor riesgo, ya que la cavidad peritoneal es invadida rápidamente y en forma masiva.^(2, 7) Por esta falta de mecanismo defensivo es que algunos autores^(9, 10, 14) consideran que en el lactante, las perforaciones apendiculares se observan en un alto porcentaje de casos, con el consiguiente índice elevado de mortalidad. Otro hecho a recordar, es que el paciente puede ser portador de una malrotación, con localización del apéndice en posición fuera de la habitual. Eso puede permitir evolucionar una apendicitis, al no pensarse en ella por una posición anómala del apéndice.

b) El médico tratante debe saber, que a veces los niños, por temor o ante la posibilidad de una intervención quirúrgica ocultan o alteran la sintomatología.

No olvidar que los niños pequeños no constituyen un fiel reflejo de la sintomatología que los aqueja, y que no saben localizar con precisión la zona de máximo dolor, factores ambos de importante valor diagnóstico⁽¹³⁾.

Otro elemento que puede ser causa de error, es el no valorar adecuadamente el grado de emotividad del niño, que puede influir en sus respuestas.

c) El diagnóstico puede ser dificultoso por el hecho de que el recién nacido y el lactante, presentan una forma de reaccionar diferente, frente a un proceso infeccioso abdominal. Debe agregarse que en esas edades, es difícil la realización de una correcta semiología, ya sea por no colaborar el paciente o por no estar el médico habituado para su realización.

d) El recién nacido y lactante presentan disminución inmunológica lo que permite una más rápida evolutividad de la apendicitis.

Por último, recordamos la confusión o error a que puede llevar la patología genital cuando se plantea en pacientes en edad pueral.

Vinculados a la enfermedad:

a) pacientes que se quejan solamente de dolor en epigastrio o región umbilical.

b) puede cursar con ausencia de vómitos y/o anorexia (en nuestra serie hubo anorexia sólo en 12.7%).

c) pueden verse formas graves evolucionar en apirexia o subfebriles.

d) en el niño pequeño la apendicitis puede manifestarse por síntomas no específicos, como ser fiebre, vómitos e irritabilidad.

e) el lactante y el niño pequeño no siempre tienen vómitos; si bien es frecuente el estreñimiento, no es rara la diarrea; frecuentemente el abdomen es blando. Siendo el signo de mayor valor el dolor en el punto de Mac Burney.^(7, 14)

En cuanto a su evolución, la apendicitis en el niño se caracteriza por su rápida evolutividad, eso lleva a la gangrena y perforación, si el diagnóstico es retardado.

En los casos que el apéndice ocupa una topografía no habitual, la sintomatología clínica será diferente^(9, 12):

Retromesentérica. A diferencia del adulto⁽¹¹⁾; raramente da un cuadro oclusivo. Frecuentemente se manifiesta por una pseudoenterocolitis.⁽¹⁶⁾

Pelviana. Presenta signos urinarios tenesmo rectal y a veces priapismo. El tacto rectal revela Douglas doloroso y ocupado. En el niño siempre que se piense en cistitis, debemos pensar en la apendicitis pelviana.⁽¹⁶⁾

Retrocecal. Sintomatología poco evidente tanto en lo funcional como en lo físico lo que puede inspirar una falsa seguridad si no es apreciada correctamente.

Siempre que se plantee psoitis-perinefritis o pielonefritis, no olvidar la apendicitis retrocecal.

Subhepática. Dolor en hipocondrio derecho, a veces subictericia. Si se plantea colecistitis o hepatitis en el niño, sospechar la apendicitis subhepática.⁽¹⁶⁾

En cuanto a la agravación debida a la virulencia del germen, hay estudios que demuestran que en las etapas clinicopatológicas más graves se observa aumento de los anaerobios (*bacteroides fragilis*) con el consiguiente aumento de las complicaciones.⁽⁹⁾

De orden socio-económicos y culturales:

Se deben a un medio familiar generalmente de bajo nivel cultural que puede actuar de diversas formas, retardando la consulta médica, no aportando datos en cuanto a la historia clínica, o ante la posibilidad de la intervención quirúrgica, ocultando voluntariamente o no, la sintomatología.

Provocados por enfermedades intercurrentes:

Se deben a la acción anergizante que provocan, con disminución en las respuestas inmunitarias. Actúan por un doble mecanismo: 1) favoreciendo la rápida evolución de la apendicitis hacia la gangrena y perforación y

2) focalizando la atención del médico en la enfermedad intercurrente, dejando evolucionar así una apendicitis.

En el 3% de los casos de apendicitis existe enfermedad previa que puede de por sí ser causa de dolor abdominal. Recordando también, aquellos pacientes que se hallan en tratamiento oncológico o portadores de nefropatías, hemopatías u otra enfermedad médica, que tienen como común denominador, la disminución de los mecanismos defensivos frente a procesos infecciosos.

Originados en errores técnicos:

1º) Por desconocimiento de la presentación clínica de la apendicitis, fundamentalmente en el recién nacido, lactante o niño pequeño.

2º) En estas edades⁽²⁾, al ser poco frecuente la apendicitis, habitualmente esto lleva a no pensar en ella. Esta baja frecuencia, se debería a un factor anatómico, como lo es un apéndice con base de implantación ancha, lo que dificultaría el mecanismo de obstrucción de su luz, modo de inicio de la apendicitis. Algunos autores⁽⁸⁾ consideran, que el tipo de alimentación del lactante, sería un factor poco predisponente para la apendicitis.

Hay acuerdo en la baja frecuencia de la apendicitis en esta edad.⁽⁶⁾ Para Bartlett y col.⁽¹⁾ el 90% de los casos aparecen después del año y medio. La apendicitis es poco frecuente antes de los 2 o 3 años^(2, 8). Esa circunstancia no debe llevar al error de no plantearla como probable diagnóstico ante un cuadro agudo de abdomen.

Están los errores cometidos por un interrogatorio incorrectamente realizado o mal interpretado; en el niño, el mismo debe ser meticuloso, observándose la conducta y forma de reaccionar del niño, permitiendo en lo posible que el mismo se exprese libremente. Los niños mayores son en general bastante precisos en cuanto a la aportación de datos, no así el niño pequeño. El interrogatorio debe ser completado con un examen exhaustivo, mediante maniobras suaves, sabiendo que el mismo es más dificultoso cuanto menor es el niño.

Es de utilidad la reiteración del interrogatorio y examen físico, pues puede modificar el diagnóstico inicial y además teniendo en cuenta la rápida evolutividad de la apendicitis en el niño, permite realizar el diagnóstico en una etapa precoz.

El médico puede agravar un cuadro apendicular, al instituir una terapéutica incorrecta en cuadros de naturaleza incierta. La misma puede enmascarar la evolución del proceso, llevando a la realización de un diagnóstico tardío.

El error diagnóstico, puede ser al contrario, el interpretar como apendicitis una acidosis diabética, fiebre reumática u otra enfermedad médica, con el consiguiente error terapéutico.

El cuadro puede agravarse: a) al no reconocer o valorar síntomas o signos considerados de enfermedad evolucionada como son el dolor intenso desde el comienzo, la difusión rápida del dolor, la contractura generalizada o signos de toxemia. b) al llevar pacientes con desequilibrios hidroelectrolíticos o hemodinámicos no compensados, al acto operatorio.

Por último el médico puede ante un examen paraclínico sobreestimar y hacer girar un probable diagnóstico en torno al mismo. Su buena interpretación dependerá de su confrontación con la clínica.⁽⁶⁾ Se debe recordar: a) que puede haber ausencia de leucocitosis elevada en las formas hipertóxicas o perforaciones con peritonitis, como así también si la apendicitis asienta en un niño con sarampión que es una enfermedad leucopenizante; b) que aunque los piocitos en orina sugieren infección urinaria, se debe estar prevenido porque algunas veces la apendicitis retrocecal puede provocar su aparición.

Merece comentario aparte el tacto rectal. De fundamental importancia en los cuadros agudos de abdomen, en el lactante no puede sobrevalorarse, pues a esa edad es útil solamente cuando hay un absceso constituido.

CONCLUSIONES

En la apendicitis aguda, como lo hemos observado, múltiples son los factores de agravación a tener en cuenta: inherentes al paciente —vinculados a la propia enfermedad, de orden socioeconómicos y culturales— debido a enfermedades intercurrentes u originados por el cirujano.

Factores que inciden en que el diagnóstico de Apendicitis Aguda siga siendo a veces difícil de realizar y siendo esta dificultad tanto mayor, cuanto menor es el niño.

Bartlett⁽¹⁾ cuando sospecha la enfermedad en el lactante, examina al niño sedado, realizando además radiografía simple de abdomen donde la ausencia de gas en el íleon y colon o la presencia de íleo regional los considera de gran valor diagnóstico.

Teniendo en cuenta lo proteiforme del cuadro clínico de la apendicitis y lo dificultoso que puede ser la realización de una correcta semiología en el niño, se debe pensar en esa afección en todo niño que se queja de dolor abdominal.

Esto permitirá realizar el diagnóstico precozmente.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. BARTLETT R., ERAKLIS A., WILKINSON R. — Appendicitis in infancy. *Surg. Gynecol. Obstet.* 130: 99, 1970.
2. BERTIN P., TOVAR J., PELLERIN D. — L'appendicite avant toris ans. A propos de 77 observations. *Rev. Pediat.* 9: 121, 1973.
3. BESENZONI R., CROCI F., FERNANDEZ M. — Error diagnóstico en la apendicitis aguda. *Cir. Urug.* 50: 313, 1980.
4. CABRERA ROCA M., SAENZ GALLINAL R., ARIAS J. — Peritonitis apendiculares en la infancia. *Arch. Pediat. Urug.* 34: 89, 1963.
5. CABRERA ROCA M., FALCO DE TORRES E. — Apendicitis Aguda en la infancia. *Cir. Urug.* 47: 305, 1977.
6. DAFTERY A. — The value of the leucocyte count in the diagnosis of appendicitis. *Br. J. Surg.* 63: 143, 1976.
7. DAUDET M. — L'appendicite du nourrisson. *Rev. Prat.* 24: 61, 1976.
8. FEVRE M. — Cirugía Infantil y Ortopedia. Barcelona. "El Ateneo", 1969, p. 393.
9. HOLDER R., ASHCRAFT K. — *Pediatric Surgery*. Philadelphia. Saunder, 1980, p. 498.
10. HOLGERSEN L. and col. — Acute appendicitis with perforation. *Am. J. Dis. Child.* 122: 288, 1971.
11. MONDOR H. — *Abdomen agudo*. Barcelona. Masson, 1963, p. 53.
12. PELLERIN D., BERTIN P. — L'appendicite de l'enfant. *Rev. Pediat.* 9: 109, 1973.
13. POTTS W. — *La cirugía en el niño*. Buenos Aires. Bernades, 1960, p. 217.
14. RAFFENSPERGER J., SEELER R., MONCADA R. — *El abdomen agudo en lactantes y niños*. Buenos Aires. Bernades, 1972, p. 121.
15. ROSA, F. — 183 observaciones de Apendicitis Aguda en el niño: resultados operatorios. *An. Fac. Med. Montevideo*, 39: 371, 1954.
16. TAIBO W., ARRUTI C. — *Cirugía pediátrica. Abdomen*. Montevideo. Edicur, 1978. T.I, p. 161.
17. VACAREZZA A., ROSASCO C. — Complicaciones sobre 1.000 apendicectomías en la Clínica Quirúrgica Infantil. Congreso Uruguayo Cirugía, 13°. Montevideo, 1962, t.II, p. 320.