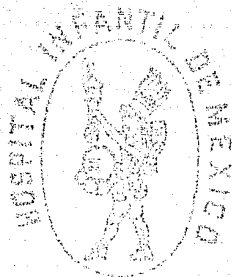


Universidad Nacional Autónoma de México

HOSPITAL INFANTIL DE MEXICO



APENDICITIS AGUDA EN PACIENTES MENORES
DE DOS AÑOS DE EDAD

TESIS PROFESIONAL

QUE PRESENTA EL

DR. BENJAMIN GOMEZ OCHOA

PARA OBTENER EL TITULO DE

PEDIATRA

TESIS DIRIGIDA POR:

DR. NICOLAS MARTIN DEL CAMPO

ENERO - 1979



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con profundo cariño y agradecimiento
para mis Padres :

José Gómez Alvarez y
Ma . Guadalupe Ochoa de Gómez

A mis queridos Hermanos :
Heriberto, Carlos, Jesús,
Ma . Luisa y Ma . Estela .

Con cariño a Isaac y
a la memoria de Karla

I N D I C E

	Página
I CONSIDERACIONES GENERALES	1
II MATERIAL Y METODOS	7
III RESULTADOS Y GRAFICAS	9
IV CONCLUSIONES	14
V BIBLIOGRAFIA	16

I. CONSIDERACIONES GENERALES

La apendicitis es una entidad reconocida como tal, desde 1759, en que Mestier's reportó el primer caso, posteriormente otros autores también lo hicieron como Jones Parkinson, quien en 1812 reporta 2 casos; 12 años después en Francia, Jawyer-Willermay hace mención sobre casos de apendicitis con perforación y peritonitis; en reportes posteriores Duytren en 1827 establece algo que es de suma importancia, ya que establece la presencia de abscesos localizados a la fosa iliaca derecha, debidos a esta entidad. Sin embargo, es hasta 1886 en que Reginald-Fitz presenta sus estudios sobre apendicitis perforada, su diagnóstico y tratamiento quirúrgico, haciendo especial énfasis sobre lo último, y posteriormente en 1889 McBurney aporta uno de los datos de exploración física más concluyente de esta entidad, que es el punto doloroso en fosa iliaca derecha conocido por todos.

Dentro de los cuadros de abdomen agudo que se presentan en la infancia, la apendicitis aguda tiene un especial interés, debido a que es una común que requiere in

tervención quirúrgica abdominal, pero ésta es muy rara - en pacientes menores de 2 años.

Los criterios para establecer el diagnóstico en este grupo de edad, son muy diferentes. Lo que lleva a cometer un gran número de errores en el diagnóstico médico, lo que trae consigo que la enfermedad conduzca en forma más rápida a complicaciones y desenlaces fatales.

Sin embargo, es de hacer mención que en los últimos - 50 años, la morbilidad y mortalidad han declinado, esto es debido al advenimiento y época de mejor uso de los antibióticos, el uso de anestésicos menos tóxicos, un - mejor conocimiento de la enfermedad, mejores cuidados pre y post-operatorios, en base a todo lo anterior el - pronóstico ha mejorado.

Sin embargo, la presencia de esta entidad en grupos de pacientes menores de 2 años de edad, implica difícil - control de la infección intrabdominal con pronóstico incierto, esto debido a una menos efectiva respuesta por parte del niño, como consecuencia de la dificultad de lo calizar la infección por un epiplón muy corto. La sep-

ticemia ocurre tempranamente y en forma rápida, razón - por la que el diagnóstico cobra aún mayor importancia, dado que el éxito dependerá de una intervención oportuna, reconociendo a la vez las fuentes de infección, así como una adecuada preparación preoperatoria.

La apendicitis aguda inicialmente empieza como una infección intraluminal, secundaria por una ulceración mucosa, debido a obstrucción intraluminal por parte de un fecalito, parásito o cuerpo extraño. La invasión bacteriana de la mucosa, submucosa y de la capa muscular, va seguida de una infiltración leucocitaria, edema e hiperplasia de los folículos linfoides, trayendo consigo una obstrucción de la luz, mayor edema y subsecuentemente trombosis vascular, con necrosis y perforación.

El proceso de la enfermedad sigue un curso mucho más - rápido en los niños que en los adultos, frecuentemente progresiva a la perforación entre las 6 a 12 horas, tal - progresión tan rápida es probablemente explicada ampliamente sobre las bases de la facilidad, con la que la infección y la distensión producen necrosis en la delicada

y delgada pared de el apéndice del niño.

La lata incidencia de fecalitos (compuestos de una composición de sales inorgánicas, residuos inorgánicos y la bones, alrededor de nudos de material extraño, tales como fibras vegetales, cuerpo extraño o un parásito) que se presentan en pacientes de mayor edad, no se aprecian con frecuencia en los pacientes con apendicitis menores de 2 años de edad, esto se explica por el aspecto anatómico de la apéndice, ya que ésta es considerada como de tipo fetal; entendiéndose ésta como una apéndice más corta, con menor angulación y más estrecha en su luz, lo que trae consigo el hecho de que la causa de apendicitis sea menor por factores obstructivos.

La sintomatología que se presenta en este grupo de edad es muy variable, se puede presentar irritabilidad, letargia, disnea, diarrea, dolor abdominal, hipertermia, distención, anorexia, constipación, vómitos, etc., mencionándose incluso por la mayoría de los autores, la presencia de cuadro enteral o bien infecciones de vías respiratorias. Otras enfermedades como fiebre reumática, sa -

rampión, escarlatina y exantemáticas, en algunas ocasiones son causa de apendicitis.

La etiología es generalmente asumida como resultado de invasión bacteriana de la mucosa. La incidencia periódica de la apendicitis con un pico de frecuencia coincidente con los períodos del año, cuando las enfermedades respiratorias prevalecen, sugieren un posible significado etiológico. Se ha postulado que las infecciones respiratorias que conducen a la hiperplasia linfoidea están también asociados con la hiperplasia del tejido linfoideo del apéndice, resultando en una pronta obstrucción del lumen.

Aparentemente la edad es una de las significaciones etiológicas que no se han explicado desde el momento en que la apendicitis es bastante rara en pacientes menores de 2 años de edad, y ocurre con un incremento gradual en la frecuencia, conforme se es de mayor edad.

La apendicitis es sumamente rara en los recién nacidos, y en los pacientes menores de 2 años de edad es poco frecuente. En un estudio efectuado por Snyder y Chaffin

del Children's Hospital de los Angeles, Calif., de -
25,000 pacientes hospitalizados de 1917 a 1950 del gru
po de edad (2 años) únicamente 21 casos reportados fue
ron de apendicitis, siendo la incidencia del 0.1%.

El 7% de la etiología puede ser parasitaria, ya sea por
oxiuros o ascaris lumbricoides.

II. MATERIAL Y METODOS

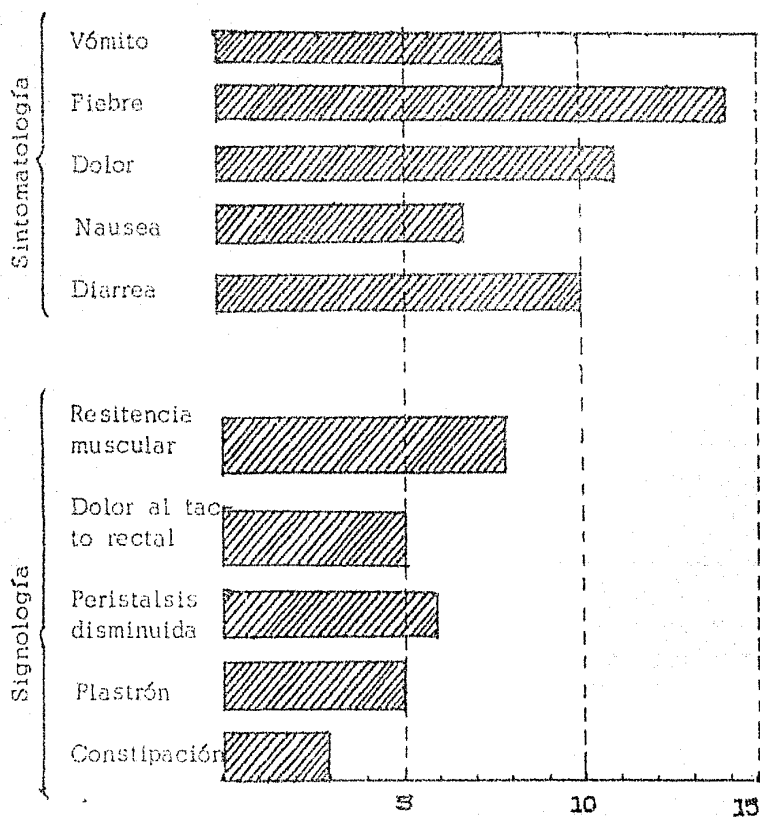
Se procedió a efectuar una revisión de los casos existentes en el Hospital Infantil de México, con diagnóstico - de apendicitis en pacientes menores de 2 años de edad, en un lapso de tiempo comprendido de 10 años (del 10.- de Enero de 1968 al 31 de Diciembre de 1978).

Siendo los puntos por analizar en el estudio retrospectivo, la edad, sexo, el tiempo de evolución de la sintomatología, establecer las manifestaciones clínicas, el tiempo transcurrido desde el inicio de la sintomatología hasta el momento de la intervención quirúrgica, efectuar una correlación entre los exámenes paraclínicos como Rayos equis así como de laboratorio (BH y Examen General de Orina), el tiempo transcurrido en efectuarse el diagnóstico, la existencia de padecimientos asociados, los hallazgos encontrados a la intervención, manejo realizado, complicaciones presentadas, evolución, pronóstico y mortalidad. Haciendo especial énfasis en las manifestaciones clínicas que presentan los pacientes, para que en base a lo anterior, se pueda establecer con mayor facilidad este -

diagnóstico, ya que al pensar en esta posibilidad, el -
manejo será más adecuado y el pronóstico más favora-
ble.

III. RESULTADOS Y GRAFICAS

Estos resultados se presentan a continuación en las siguientes gráficas :



Incidencia de la sintomatología observada, así como los datos de exploración física encontrados en 14 niños, con apendicitis aguda demostrados gráficamente.

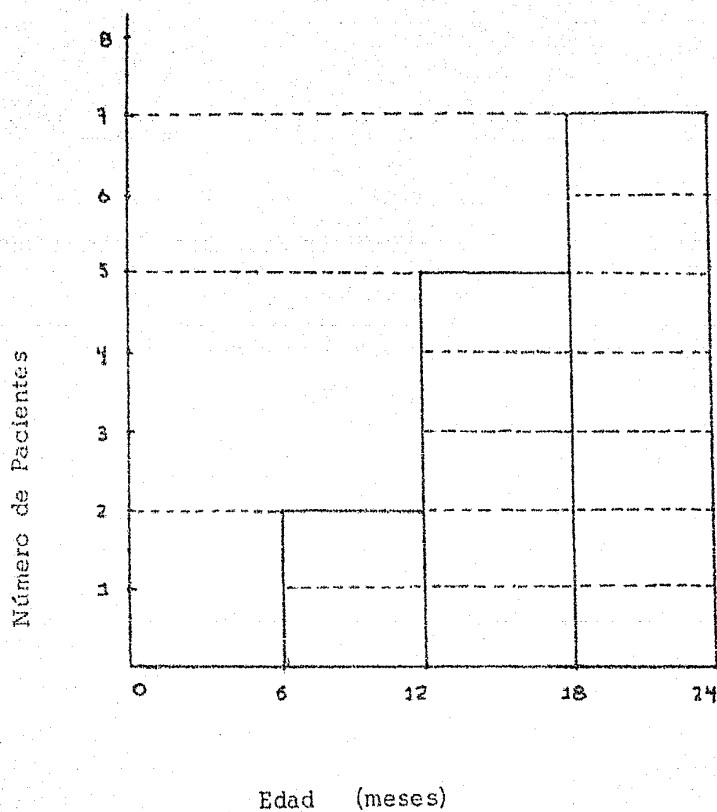


Ilustración diagramática para demostrar la distribución por edades de los 14 pacientes tratados por apendicitis.

Pacientes :

Se revisaron los expedientes de los niños que fueron -
tratados de apendicitis aguda en nuestra Institución; de
esos casos, únicamente 14 de ellos fueron en pacien-
tes menores de 2 años de edad, 8 casos correspondie-
ron a niños (57.1%), las edades fluctuaron entre los 8
a 24/12, únicamente uno fué menor del año de edad.
8 fueron niños.

Duración de la Sintomatología :

La duración de los síntomas presentados por los pacien
tes en estudio osciló de 1 a 15 días, siendo el 57.1%
de los casos, con sintomatología menor de 5 días. Del
total de los pacientes en estudio únicamente 2 ingresa-
ron a la Institución como probables.

La fiebre fué el síntoma más común, ya que esta se pre
sentó en todos los pacientes, el dolor abdominal en el
78% de los casos (11), diarrea en 10 casos (71%), vó-
mito en 8 casos (57.1%), náusea en 7 casos (50%). Den-
tro de los datos encontrados a la exploración física, el
principal dato encontrado fué la resistencia muscular en

el 57.1%, el dolor al tacto rectal, localizado a fondo - de saco del lado derecho, así como la palpación de plastrón en fosa iliaca derecha en 5 casos (35%), y constipación únicamente en 3 casos.

En cuanto a los casos presentados durante las estaciones del año, 5 casos se presentaron en Invierno, y 5 en Primavera, es decir 35% en forma respectiva.

Dentro de los exámenes de laboratorio, 9 pacientes presentaron en la biometría hemática, leucocitosis con neutrofilia y bandemia, (64%), y 10 casos presentaron datos de anemia moderada, en exámen general de orina normal en todos los estudios Rx se apreciaron o se encontraron hallazgos de peritonitis en 6, y datos de suboclusión en 8.

El diagnóstico fué realizado en días posteriores al ingreso, con oscilaciones de 6 horas en 2 de los casos, 7 - casos antes de las 24 horas, 2 pacientes en las 48 horas, y un caso se efectuó el diagnóstico a los 14 días de estancia.

El manejo efectuado en los pacientes, consistió en man tener un adecuado aporte de líquidos parenterales, trans fusión de glóbulos rojos empaquetados en los niños con anemia, con utilización de antibióticos, combinación o asociación de ampicilina-gentamicina o ampicilina-kanamicina, a dosis convencionales. Los hallazgos al efec tuar la intervención quirúrgica fué de apéndice perforada en 10 casos (71%), coprolitos en 3 casos, así como la presencia de áscaris en 3 casos y apéndice no perforada en 4 casos; en todos los casos se encontraron material purulento libre en cavidad, con datos de peritonitis.

Dentro de las complicaciones encontradas, 7 pacientes - presentaron absceso de pared, 2 de ellos desarrollaron - septicemia y cabe mencionar como un comentario importan te, que únicamente se sembró en 3 de los casos el mate rial purulento de la cavidad, habiéndose reportado en - ellos E.Coli. La evolución en el 92% de los casos fué favorable hacia la curación, únicamente se encontró una defunción.

IV. CONCLUSIONES

El cuadro clínico de apendicitis aguda en los pacientes menores de 2 años de edad es confuso y muy diferente a las manifestaciones clínicas que se presentan en pacientes mayores, siendo uno de los aspectos importantes de esta revisión el hacer pensar al médico joven - esta posibilidad diagnóstica ante pacientes que han cursado con cuadro enteral, fiebre y vómito, y que en un momento dado se agrega dolor abdominal, junto con resistencia muscular, se deberá de pensar en esta posibilidad diagnóstica ya que el diagnóstico deberá ser hecho en forma oportuna para que en base a lo anterior - el tratamiento sea el adecuado y el pronóstico sea favorable.

Las principales diferencias en cuanto a la sintomatología que presentan, es que además del vómito, dolor y fiebre más comunmente se agregan o presentan evacuaciones diarréicas a diferencia de constipación que es más frecuente en niños mayores y en los adultos; de lo que se puede concluir como probabilidad que el cuadro de apendici-

tis aguda sea debido a una complicación quirúrgica de un cuadro de gastroenteritis y que en el recién nacido este cuadro de apendicitis aguda pueda formar parte de un segmento afectado, por enteritis necrotizante.

A diferencia de otros casos reportados, el pronóstico de los pacientes intervenidos a esta edad es favorable, ésto debido a un mejor diagnóstico oportuno, a mejores cuidados preoperatorios, y uno de los factores más importantes, es el hecho de intervenir al paciente en las mejores condiciones posibles incluyendo en ésto, el uso adecuado de líquidos parenterales, transfusiones en caso necesario, agregándose además el uso de antibióticos - en forma adecuada.

Esta revisión es de considerarse como de bastante utilidad por no existir estudios previos a la fecha, realizados en este Hospital.

V. BIBLIOGRAFIA

Parsons JM, Miscall BG, McSherry C.V.: Appendicitis in - the newborn infant. Surgery 67:841-843, 1970.

Gastrin U, Josephson S: Appendiceal peritonitis and megacolon in the neonatal period. Acta Chir Scand 136: 153-155, 1970.

Bartlett RH, Eraklis AJ, Wilkinson RH: Appendicitis in infancy, Surg Gynecol Obstet 130:99-104, 1970.

Martin, LW, Perrin EV: Neonatal perforation of the appendix in association with hirschsprung's disease. Ann Surg 166: 799-802, 1967

Wilkinson RH, Bartlett RH, Eraklis AJ: Diagnosis of appendicitis in infancy - The value of abdominal radiographs. Am J Dis Child 118:687-690, 1969.

Snyder WH, Chaffin L: Appendicitis during first two years of life. Arch Surg 64: 549-560, 1952.

Lilienthal H: Strangulated hernia and gangrenous appendix in a premature infant. J Mt Sinai Hosp (New York) 5: 607-609, 1939.

Foster JH, Edwards WH: Acute appendicitis in infancy and childhood: A 20 year study in a general hospital. Ann Surg 146:70-77, 1957.

Phillips SJ, Cohen B: Acute perforated appendicitis in newborn children, NY State J Med 71:985-986, 1971

Phillips SJ: Appendicitis in the Neonate (letter). N.Engl. J. Med 279:328, 1968.

Gross RE: The Surgery of infancy and childhood. Philadelphia, Saunders, 1953, p255