

Apendicitis aguda en lactante. Presentación de un caso

Jesús Manuel González Peña, Yaritza Marcano

Servicio de Cirugía Pediátrica, Hospital Dr. Miguel Oraá, Guanare, Estado Portuguesa, Venezuela

Recibido Noviembre 30, 2009. Aceptado Diciembre 10, 2009.

ACUTE APPENDICITIS IN A BABY. A CASE REPORT

Resumen

Se describe un caso de lactante menor, femenina de 11 meses de edad en malas condiciones con fiebre, distensión abdominal, dolor abdominal, vómitos biliosos y ausencia de evacuaciones. Radiología con imagen de elemento calcificado en fosa iliaca derecha. La exploración quirúrgica reveló peritonitis generalizada por apendicitis perforada.

PALABRAS CLAVE: Lactante menor, apendicitis

Abstract

A case of a female infant of 11 months old, in bad conditions, with fever, abdominal distension and pain, bilious vomits and absence of evacuations is described. Radiology showed a calcified element in the right lower quadrant. Surgical exploration revealed a generalized peritonitis with perforated appendicitis.

KEY WORDS: Nursing infant, appendicitis.

Introducción

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente en el niño, con predominio en edades de 6 – 10 años. Su etiología es variable y en muchos casos desconocida, siendo la obstrucción luminal su principal causa, bien sea por hiperplasia folicular linfoide (60%), fecalitos, cuerpos extraños o parásitos (1). Predomina en el sexo masculino. En su evolución existen 4 fases: catarral, flegmonosa, gangrenosa y perforada. A medida que la edad del niño es menor, la fase III y IV aumenta. La incidencia es baja en preescolares y poco frecuente en recién nacidos y lactantes, en los que su diagnóstico, representa un gran desafío (1, 2).

En un estudio retrospectivo efectuado en San Carlos de Costa Rica con 120 pacientes menores de 13 años operados de apendicitis, 2 fueron en menores de 24 meses, uno con apendicitis en fase III y la otra en fase IV, representando el 2.4% (3). En el Hospital Juan P. Garra de Buenos Aires, de 86 menores de 4 años intervenidos por abdomen agudo con cuadros no reconocidos,

45 niños cursaron con apendicitis, 7 fueron en lactantes mayores, quienes según los hallazgos quirúrgicos tenían peritonitis generalizada (4).

Se han descrito casos aislados de apendicitis. En México, lactante menor femenina de 45 días con padecimiento de 2 semanas de evolución: diarrea, vómitos biliosos y fecaloides, deshidratación severa y desnutrición moderada en quien se diagnosticó abdomen agudo y obstrucción intestinal, pero al intervenir se encontró una apendicitis (5).

Durante un período de 10 años, en el Hospital Changhua Christian en China, 7 infantes menores de 9 meses fueron tratados por esta patología. El tiempo entre el ingreso y el acto quirúrgico varió de 2 horas a 5 días; 3 apendicitis eran gangrenosas, 3 perforadas y una flegmonosa (6). En España se presentó el caso de una lactante menor de 5 meses con antecedente reciente de salmonelosis, ingresando con clínica de obstrucción intestinal de etiología desconocida, pero en acto quirúrgico 3 días posterior al inicio de los síntomas, se encuentra obstrucción de intestino delgado producido por plastrón apendicular

secundario a apendicitis perforada. En este reporte presentamos el caso de una lactante menor quien cursó con ésta patología.

Caso clínico

Se describe el caso clínico de una lactante femenina de 11 meses de edad, natural de Sabaneta (Estado Barinas) y procedente de Guanare (Estado Portuguesa), cuya enfermedad actual se inicia con inapetencia, debilidad general, alzas térmicas de 38 °C, consultando a facultativo quien medica acetaminofen. Al día siguiente picos febriles de 39 °C; 24 horas más tarde presenta distensión y dolor abdominal difuso, tipo cólico, de fuerte intensidad, por lo que es llevada a empírico no mostrando mejoría alguna. A los 3 días de iniciado el cuadro clínico se asocian vómitos biliosos y ausencia de evacuaciones, motivo por el cual consulta en nuestro centro asistencial, donde es ingresada.

Antecedentes personales: cuadros catarrales en 4 oportunidades, episodios de estreñimiento desde los 2 meses.

Antecedentes familiares: madre rinitis alérgica, abuelos maternos y abuela paterna: hipertensión arterial, 2 tías maternas: asmáticas.

Examen físico de Ingreso: F.C: 115 l.p.m
F.R: 28 r.p.m Temp: 39° C Peso: 7,200 gr Talla: 70 cm. Malas condiciones generales, vigil, febril, deshidratada, fascie álgida, palidez cutánea leve, fontanela anterior deprimida, ojos hundidos, llanto con lágrimas, mucosa oral seca, eupneica, sin agregados pulmonares, ni soplos cardíacos, abdomen distendido, duro, timpanizado, doloroso, ruidos hidroaéreos ausentes, resto satisfactorio. Se coloca sonda nasogástrica drenando contenido bilioso oscuro, cantidad moderada.

Laboratorio de ingreso: leucocitosis (G.B. 11.100 x mm³) con neutrofilia (Seg. 86%), trombocitosis (615.000 x mm³), Hb 10.9 gr/dl, Hto 34%, urea, creatinina, glicemia normal.

Rx simple de abdomen de pie: distensión de asas delgadas, niveles hidroaéreos, abombamiento de los flancos, densidad cálcica redondeada, proyectada hacia el flanco derecho: fecalito?, ganglio calcificado? (Figura 1).



Figura 1. Fecalito en flanco derecho

Horas más tarde a su ingreso 4 evacuaciones pastosas, verdosas, no fétidas, sin moco, ni sangre. En valoración por cirugía pediátrica se plantea como diagnóstico: abdomen agudo quirúrgico infeccioso, apendicitis aguda vs obstructiva, vólvulo intestinal. Se lleva a mesa operatoria encontrándose peritonitis secundaria a apendicitis perforada en 1/3 proximal con fecalito en el mismo (Figs. 2 y 3), abundante fibrina adherida a asas intestinales.



Figura 2. Fecalito

El estudio anatomopatológico describe apéndice de 4 cm de longitud x 1 cm de ancho, opaca, con material fibrinopurulento en su 1/3 medio. En su evolución la paciente se



Figura 3. Apéndice y Fecalito

mantuvo en condiciones clínicas moderadas, las alzas térmicas desaparecieron gradualmente a las 48 horas. Ameritó 1 dosis de concentrado globular, (al día siguiente del acto quirúrgico por presentar Hb 8.4 gr/dl y Hto 26%). Al 3er día del postoperatorio, mejoran las condiciones generales, no hay distensión abdominal por lo que se retiró sonda nasogástrica, iniciándose vía oral al 4to día sin complicaciones. Presentó hasta el 6to día evacuaciones líquidas sin moco ni sangre, abundante en las primeras 48 horas; los electrolitos séricos se mantuvieron dentro de límites normales. Se estabilizó la Hb en 12,4 gr/dl y la cuenta blanca se normalizó. Se utilizaron antibióticos tipo Metronidazol (30 mg/kg/día), Amikacina (15 mg/kg/día), Ceftriaxona (100 mg/kg/día). Egresó satisfactoriamente sin complicaciones al 10mo día de su ingreso.

Discusión

En el lactante menor, la causa más común de abdomen agudo quirúrgico es la invaginación intestinal, quedando la apendicitis como un cuadro infrecuente (menor del 2%) (1). Este cuadro es mucho más grave en menores de 3 años, ya que el índice de perforación y peritonitis generalizada es alto, contribuyendo a ello el hecho de la imposibilidad del lactante para manifestar y ubicar el dolor, la mayor delgadez de la pared del apéndice, su corta longitud, forma de embudo y que el epiplón aún corto no alcanza la fosa iliaca derecha para así lograr delimitar la infección (2). La sintomatología que presenta consiste en vómitos

(85-90%), seguido de dolor (35-77%), diarrea (18-45%), fiebre (40-60%), irritabilidad (35-40%), letargia (40%), distensión abdominal (30-52%) y rigidez abdominal (23%) (8). En nuestro caso el vómito, la fiebre, la diarrea, la distensión abdominal se hicieron presentes reforzando las descripciones descritas en la literatura.

Conclusiones

La presentación clínica de la apendicitis en el lactante, es inespecífica, la evolución tórpida de los síntomas no ayuda a precisar el diagnóstico, pero se debe tomar en cuenta que, ante la presencia de dolor abdominal, distensión abdominal, vómitos y fiebre en un lactante menor, dicho diagnóstico no se debe omitir. El médico debe tener sensibilidad clínica y apoyarse cuanto sea necesario en estudios complementarios para precisar los diagnósticos, ya que el retraso del mismo proroga el inicio del tratamiento médico quirúrgico repercutiendo en la evolución y en el incremento de la morbi-mortalidad.

Correspondencia: Dr. Jasús M González. e-mail: gonzales95@cantv.net.

Referencias

1. Ashcraft, K., Holder, T. 1995. Cirugía pediátrica. Apendicitis. México: Mc-Graw-Hill, Segunda edición. pp. 484-491.
2. Doherty, G., Meko, J., Olson, J., et al. 2001. Washington Manual de Cirugía. Apendicitis aguda. Segunda edición. Marban Libros, Madrid-España. pp. 228-235.
3. Rodríguez Herrera, G. 2003. Revisión de casos operados con diagnósticos clínicos de apendicitis aguda en pacientes. Acta Méd Costarric. 45:62-67.
4. El Kik, S., Zlotogora, A., Cáceres, E., et al. 1997. Dolor abdominal agudo. Medicina Infantil 4:151-160.
5. Landero, R.J., Contreras, S.M. 2002. Apendicitis aguda en una niña de 45 días de edad. Acta Pediatr. Méx. 23:396-397.
6. Lin, Y.L., Lee, C.H. 2003. Apendicitis in infancy. Pediatr. Surg. 19:1-3.
7. Pinillas, P.R., Jiménez, F.M., Macipe, C.R., et al. 2006. Apendicitis aguda en el lactante. A propósito de un caso. X Reunión anual de la Sociedad Española de Urgencias de Pediatría. An. Pediatría (Barc.) 65:395-409.
8. Englebert, D.J., Way, L.W. 1985. Apéndice. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico. Ed. Manual Moderno. México. pp. 554-561.