

APENDICITIS AGUDA

Manejo actual

Servicio de Cirugía Pediátrica
Hospital del Niño

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ 1983

... el tratamiento para la apendicitis aguda perforada consistía en irrigación de la cavidad abdominal con antibióticos, drenaje transperitoneal a través de la herida, y un curso de 10 días con triple terapia...

... complicaciones bajaron a 6.4%...

Schwartz MZ, et al: Management of perforated appendicitis in children: The controversy continues. Ann Surg 197: 407-411, 1983

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ 1990

... no es necesario los lavados con yodo ni antibióticos, sólo SSN...

... se elimina el drenaje...

... se populariza el cierre primario de herida quirúrgica aún en apendicitis complicadas y se mantiene las coberturas antimicrobianas...

Addis DG, et al: The epidemiology of appendicitis and appendectomy in United States. Am J Epidemiol 132;910-925, 1990

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ 2002

... énfasis en la terapia preop con antibióticos y los criterios de salida más temprana en los casos no complicados...

... se populariza el uso de la TC en los casos dudosos por US...

... el concepto de emergencia quirúrgica pasa a una urgencia quirúrgica...

Fishman SJ, et al: Perforated appendicitis: Prospective outcome analysis for 150 children. J Pediatr Surg 35; 923-926, 2000

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Debates permanentes

- ❖ Tipo y duración de cobertura antimicrobiana
- ❖ Uso de cultivo intraoperatorio
- ❖ Uso drenajes
- ❖ Momento de la salida
- ❖ Momento de la apendicectomía

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

The Management of Pediatric Appendicitis: A Survey of North American Pediatric Surgeons

By Steven G. Muehlstedt, Trey Q. Pham, and David J. Schmeling
Houston, Texas and Minneapolis, Minnesota

- 344 cirujanos pediátricos
- Evaluaron los aspectos preop, transop, postop, en los casos de apendicitis aguda, para obtener una visión actualizada del manejo de esta patología

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ 344 Cx Ped- Minnesota

➤ Tiempo de apendicectomía

emergencia (< 3h) 24%

urgencia (3-8h) 70%

semielectiva 6%

➤ Tiempo de Apendicectomía sí llegaba a la media noche

inmediatamente (emergencia) 50.4%

en la mañana (urgencia) 49.6%

➤ Imagenología preferida

TC 61%

US 39%

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ 344 Cx Ped-Minnesota

- Uso de cultivo intraperitoneal
nunca 10.8% raro 28.5% ocasional 29.4%
- Tipo de irrigación intraperitoneal
no 8% cristaloides 72% Abs 20%
- Tipo de cierre de Hx Qx
completo 70% parcial 13% depende 17%

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ 344 Cx Ped- Minnesota

- Antibióticos en Ap no complicada
preop 22% 24h 50% >48h 28%
- Duración de antibióticos en Ap Compli
<5d 10% 5-7d 13% depende 77%
- Egreso del paciente afebril
12h 17% 24h 70% 36h 13%

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Hospital del Niño

2004 224 operados y revisados

96 ap complicadas

operados <6h 54, perforadas 23

operados 6h-24h 32, perforadas 9

>24h 10, perforadas 3

Antibióticos preop 166/224, la gran mayoría Cl,G y luego sí es complicada se agregaba Ampic.

T promedio de Tx 7.8 días

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

Delayed Versus Immediate Surgery In Acute Appendicitis: Do We Need to Operate During the Night?

By Dani Yardeni, Ronald B. Hirschl, Robert A. Drongowski, Daniel H. Teitelbaum, James D. Geiger, and
Arnold G. Coran
Ann Arbor, Michigan

- 126 expedientes de pac operados por Ap Aguda entre 1998 a 2001, fueron admitidos con Dx de Ap aguda no complicada en horas de la noche.
- 38/126 se operaron <6h, 88/126 (74%) en 6h-24h
- No encontraron diferencias estadísticas ante el promedio de apéndices perforadas encontradas, ni el promedio de complicaciones entre ambos grupos

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Operar en la noche o al día siguiente

Surana R and Puri P: Is it necessary to perform appendicectomy in the middle of the night in children? BMJ 306;1168-1169 1993

...pacientes admitidos en la noche pueden ser tratados con antibióticos inicialmente y luego ser operados a la mañana siguiente, sin variación en el promedio de perforación comparados al grupo que se operan en < 6h...

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ TC vs US

Su uso luego del DX:

- **US:** seguimiento cada 48h en caso de un manejo no operatorio por Ap aguda
- **TC:** seguimiento en caso de plastrón, drenaje percutáneo, evolución tórpida, sospecha de nuevas colecciones

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

Journal of Pediatric Surgery (2007) 42, 934–938



Journal of
Pediatric
Surgery

www.elsevier.com/locate/jped surg

Failure in the nonoperative management of pediatric ruptured appendicitis: predictors and consequences

Charles J. Aprahamian^a, Douglas C. Barnhart^a, Samuel E. Bledsoe^a,
Yoginder Vaid^b, Carroll M. Harmon^{a,*}

^aDepartment of Surgery, Division of Pediatric Surgery, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL 35233, USA

^bDepartment of Radiology, University of Alabama at Birmingham, Birmingham, AL 35233, USA

- El manejo inicial No operatorio de la Apendicitis Aguda Perforada falla en un 15%-25%
- La presencia del apendicolito, abscesos, y obs int en la TC son predictores de falla del Tx NoOp
- No hubo diferencia estadística entre monoterapia (Pipera-Tazob) y 3Tx (A,CI.M)

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ **Plastrón Apendicular – Se opera o No ?**

- 10% se le encuentran al inicio
- 1.5%-10% con absceso apendicular, y es más alta en menores de 3 años
- El diagnóstico es sencillo desde la clínica y confirmado por US
- 2 manejos: quirúrgico inmediato
no quirúrgico inicial

critérios controversiales

Samuel M, et al; Prospective evaluation and management of appendiceal mass. J Pediatr Surg 2002; 37:882-886

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Manejo quirúrgico del plastrón apendicular

indicaciones:

- preferencia del cirujano
- duda diagnóstica
- obstrucción intestinal
- sepsis
- falla en el manejo no quirúrgico inicial

ventajas: menor t de hosp

desventajas: 50% de lesión visceral, infección de herida, absceso pélvico, fístulas, reoperaciones

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Manejo No quirúrgico del plastrón ap

- Antibioticoterapia de 7- 10 días
- Drenaje percutáneo sí hay absceso
- Observación
- Apendicectomía electiva 8-12 semanas (controversia en debate)

Ventajas: no causar más morbilidad

Desventajas: falla 20%, drenajes incompletos, drenaje por lapa, más t de hosp

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Apendicectomía electiva

Sí: evitar recurrencia (77% patente), corta estancia, mínima complicaciones

No: gran número de niños nunca llegan a presentar recurrencia y así se evita intervención innecesaria(7%), bajan las hospitalizaciones y los costos, 46% con apéndice normal y con la luz obliterada por la fibrosis, menor riesgos de daños a las otras vísceras

Gahukamble DB, et al; Surgical and pathological basis for interval appendicectomy after resolution of mass appendiceal J Ped Surg 2000; 35: 424-427

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Hospital del Niño

2004 224 pacientes

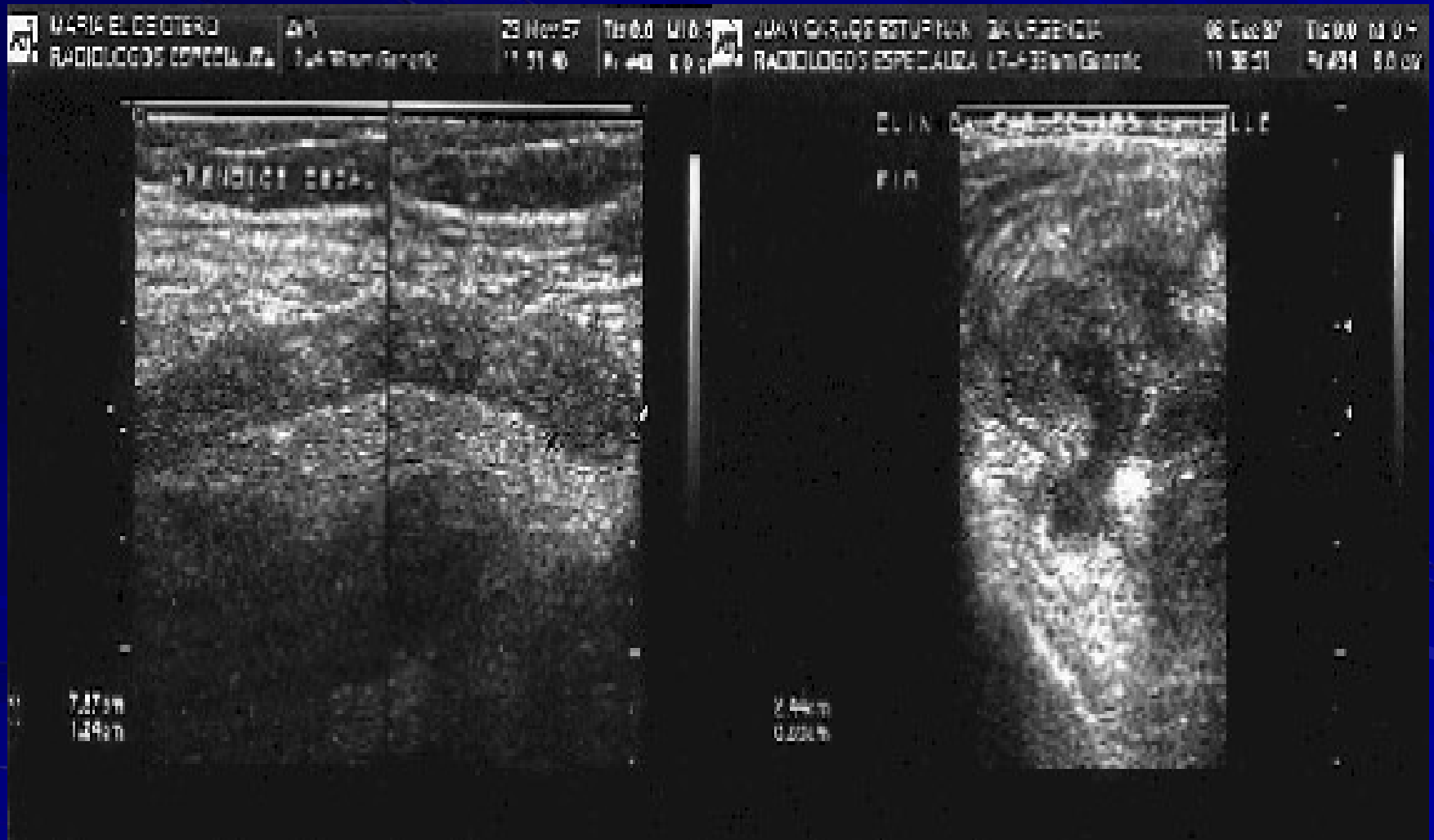
11 plastrón apendicular

3 apendicitis recurrente

todos con tratamiento inicial No O

2/11 fueron llevado a apendicectomía
electiva, sin complicaciones

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual



APENDICITIS AGUDA: Manejo Actual

■ Laparoscópica vs Abierta

- Es un tratamiento alternativo en caso de Ap aguda no complicada
- Aceptación limitada: poco estudios en niños, alto costo en salud, y baja morbilidad con la técnica abierta
- Tasa de conversión a la abierta del 2% por razones técnicas, perforación, dificultad técnica y anatómicas

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Recordar

- Se debe limitar el uso de TC para los casos complicados o de seguimientos para drenajes percutáneos
- Se puede iniciar antibióticos preop como una medida para evitar complicaciones infecciosas
- En niños con Ap aguda diferir la cirugía para el día siguiente no afecta significativamente ni el promedio de perforación ni de complicaciones

APENDICITIS AGUDA: Manejo actual

■ Recordar...

- La tendencia actual es no operar electivamente un plastrón enfriado
- Finalmente recalcamos el papel dinámico del cirujano, que debe ser quien tome la decisión del tipo de manejo, involucrando al radiólogo cuando sea necesario en caso de drenaje percutáneo y así modificar la conducta cuando las condiciones del paciente lo requiera.