



[Revista de la Facultad de Medicina](#)

versión impresa ISSN 0798-0469

RFM v.28 n.1 Caracas 2005

TRATAMIENTO LAPAROSCÓPICO EN LOS CUADROS DE APENDICITIS AGUDA

RA Saade C¹, G Benitez P² y ME Aponte R³.

¹ Cirujano General. Profesor Instructor. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela

² Cirujano General. Profesor Agregado. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

³ Cirujano General. Hospital Universitario de Caracas.

E-mail: gbenitezp@cantv.net

RESUMEN: Se presentan los resultados obtenidos de la realización de apendicectomía por laparoscópica de 40 casos mayores de doce años de edad y de ambos sexos, que consultaron el Hospital Universitario de Caracas y al servicio de Cirugía III, por presentar cuadro de apendicitis aguda durante el período comprendido entre octubre 2002 y octubre 2004. La edad estuvo comprendida entre 16 y 50 años, siendo la edad promedio de 30.6 años. Dieciséis pacientes 40% correspondieron a pacientes del sexo femenino y veinticuatro pacientes al masculino 60%. El estado anatomopatológico más frecuente fue el flegmonoso. El tiempo operatorio promedio fue de 83.5 minutos. El promedio de hospitalización fue de 1.8 días. La tasa de complicaciones fue del 5%, correspondiendo a infección de la pared abdominal. No hubo necesidad de convertir ningún caso. No hubo mortalidad. La apendicectomía laparoscópica por ser un método seguro y efectivo, como el procedimiento abierto, se recomienda ampliamente para el tratamiento de los casos de apendicitis aguda.

Palabras Clave: Apendicitis aguda, Cirugía laparoscópica.

ABSTRACT: The results of the appendectomy realization are presented by laparoscopic of 40 cases bigger than twelve years old and both sexes that consulted the University Hospital of Caracas and to the service of Surgery III, to present square of appendicitis during the period understood among October 2002 and October 2004. The age was between 16 and 50 years, being the age 30.6 year-old average. Sixteen patients 40% corresponded to patient from the feminine sex and twenty-four patients to the masculine 60%. The pathological state but it frequents it was the flegmon. The time operative average was of 83.5 minutes. The average of hospitalization was of 1.8 days. The rate of complications was of 5%, corresponding to infection of the abdominal wall. There was not necessity to convert any case. There was not mortality. The laparoscopic appendectomy to be a sure and effective method, as the open procedure, is recommended thoroughly for the treatment of the cases of appendicitis.

Key Words: Appendicitis, Laparoscopic surgery.

Fecha de Recepción: 16/01/04 Fecha de Aprobación: 18/04/05

INTRODUCCIÓN

La cirugía laparoscópica ha provocado cambios sustanciales en el manejo de determinadas patologías quirúrgicas. La tendencia a realizar una cirugía mínimamente invasiva ha dado lugar a que los cirujanos desarrollen cambios y mejoras en sus técnicas quirúrgicas, adoptando la vía laparoscópica en casi todas ellas.

Servicios Personalizados

Revista

Artículo

Indicadores

Links relacionados

Compartir

Permalink

La primera colecistectomía laparoscópica fue realizada por Eric Mühe(1,2) en 1985 y dado a conocer en 1986 en el Congreso de la Sociedad Alemana de Cirugía, el cual no fue publicado. A partir de este momento, ocurre una auténtica revolución en el mundo de la cirugía y la rapidez con la que se ha desarrollado está técnica no tiene precedentes en la historia de la cirugía; si a ello se une la difusión que ha tenido en congresos de cirugía nacionales como internacionales y el enorme desarrollo tecnológico emprendido por las empresas, ha hecho que en plazo de algo más de una década, se haya revolucionado los «patrón de oro» en muchas intervenciones, como el caso de la colecistectomía, y a medida que los cirujanos adquieren mayor destreza y surgen nuevos instrumentos, se comienza a usar la laparoscopia para realizar otras intervenciones, desde el esófago hasta el recto, pasando por la pared abdominal y el retroperitoneo.

La apendicitis aguda es un proceso inflamatorio del apéndice cecal y se constituye en la entidad quirúrgica más frecuentemente intervenida por el cirujano general en los servicios de emergencias(3,4).

Está descrita una incidencia anual de 1,33 casos por 1000 hombres y de 0,09% casos por 1000 mujeres, afectando ambos sexos con una proporción hombre-mujer según diferentes autores de 2:1 y 3:2 con un pico máximo entre los 10 y los 30 años, la relación hombre-mujer se equilibra posterior a los 35 años(3,4,5). La apendicitis es escasa en menores de 2 años, con una mortalidad actual de 4 decesos por millón(5).

La primera extirpación quirúrgica del apéndice cecal la realizó en 1735 Claudius Amyand(6,7), cirujano londinense, a un niño de 11 años que tenía una hernia inguinoescrotal derecha con una fístula. Con abordaje escrotal comprobó un plastrón de epiplón que cubría un apéndice perforado, el que extirpó junto con el omento comprometido: el niño sobrevivió(6,7,8,9).

La difusión e imposición de los certeros conceptos de Fitz se debió a Charles Mc Burney de New York quien realizó su primera apendicectomía por apendicitis no perforada el 21 de marzo de 1888, publicando al año siguiente su experiencia en esta patología, describiendo la incisión que lleva su nombre(10,11).

La primera apendicectomía con la intención de curar la apendicitis se atribuye a Thomas Morton y el primer informe escrito de una apendicectomía se debe a Kronlein en 1886(5,10).

En Venezuela el primer cirujano en realizar una apendicectomía fue el Dr. Miguel R Ruiz en el mes de abril de 1898, ese mismo año el Dr. Pablo Acosta Ortiz realiza la segunda, la tercera la realiza el Dr. Miguel Antonio Seco y el Dr. Luis Razetti con el más completo éxito realiza su primera apendicectomía, el 26 de febrero de 1899 bajo los efectos del hipnotismo, (primer caso en Venezuela), actuando como hipnotizador el Profesor E Meier Flegel, siendo ésta la cuarta del país(12,13,14,15).

En diciembre de 1926 el Dr. Luis Razetti en la Sociedad Médica de Caracas expuso sus ideas y promueve a las corporaciones médicas a unificar los criterios, publicando su conferencia original y fue en la revista de Medicina y Cirugía donde se abrió una sección especial para la discusión; en un folleto titulado Apendicitis(9).

Para aquel entonces recibe el apoyo del Dr. Salvador Córdoba quedando en pie 14 proposiciones que resumen el criterio acerca del diagnóstico y tratamiento de la apendicitis. Estos principios fueron llevados al Primer Congreso de la Asociación Medica Panamericana (La Habana, diciembre 1928, enero 1929), y divulgó sus renombradas proposiciones en las columnas de la Revista Medica Panamericana de Nueva York(9).

Kurt Semm, ginecólogo y pionero en las técnicas quirúrgicas laparoscópicas, en 1983 informa de las primeras apendicectomías por vía enteramente laparoscópica, en el transcurso de operaciones de origen ginecológico(16).

En Venezuela la primera apendicectomía por laparoscopia fue realizada en Marzo de 1991 por el Dr. Miro Quintero en El Hospital Privado Centro Médico Rafael Guerra Méndez, (Valencia Edo. Carabobo), reportada en 1995(17) y en el Hospital Universitario de Caracas, en la Cátedra de Clínica y Terapéutica "B" Servicio de Cirugía II, en su unidad de Laparoscopia, la cual funciona desde 1986(18) , el 24 de Junio de 1993 por el Dr. Hermógenes Malavé durante la realización de una laparoscopia diagnóstica en una niña de 9 años, hospitalizada en el servicio de Cirugía Pediátrica, cuyo diagnóstico no era claro(19).

OBJETIVO GENERAL

Presentar el procedimiento laparoscópico como táctica segura y efectiva para realizar la apendicectomía en los cuadros de apendicitis aguda.

PACIENTES Y MÉTODOS

Población y muestra

Se presentan 40 pacientes mayores de doce años y de ambos sexos que consultaron la emergencia del Hospital Universitario de Caracas y al servicio de Cirugía III, por presentar cuadro clínico de apendicitis aguda durante el

período comprendido entre octubre del 2002 y octubre del 2004.

Criterios de inclusión

Pacientes con síndrome doloroso agudo en el cuadrante inferior derecho del abdomen con diagnóstico clínico de apendicitis aguda.

Todos los pacientes fueron ingresados practicándose historia clínica completa, exámenes de laboratorio preoperatorio y radiografía simple de abdomen de pie. Se utilizó equipo básico para cirugía laparoscópica: Óptica de 0°, aguja de Veress, tijera de 5mm, disector de 5mm, grasper de 5mm, clips de titanio grandes y tres trocares de 10-12mm. Se les practicó a todos los pacientes anestesia local y se colocó sonda vesical a todos. Se trabajó siempre desde el lado izquierdo del paciente con dos puertos de trabajo y uno para la óptica.

RESULTADOS

El mayor número de pacientes (24) corresponde al sexo masculino representando el 60% y del sexo femenino (16) para el 40%, ([Tabla 1](#)).

Tabla 1		
DISTRIBUCIÓN POR SEXO		
Sexo	N°	%
Femenino	16	40
Masculino	24	60
Totales	40	100

La edad de presentación esta comprendida entre 16 y 50 años, siendo la edad promedio de 30,6 años y el grupo etario más frecuente entre 26-35 años y esto representa el 70%, ([Tabla 2](#)).

Tabla 2		
DISTRIBUCIÓN POR EDAD		
Sexo	Edad Promedio	Intervalo
Femenino	38.50	30-45
Masculino	25.33	16-50
Totales	30.6	16-50

Con relación a la anatomía patológica el estado más frecuente es al flegmonoso, ([Tabla 3](#)).

Tabla 3	
DISTRIBUCIÓN POR VALORES ABSOLUTOS Y PORCENTAJE DE LOS HALLAZGOS DE ANATOMÍA PATOLÓGICA	

Hallazgos	Valor	Porcentaje
Caterral	6	15
Flegmonosa	28	70
Gangrenosa	4	10
Perforada	2	5
Total	40	100

El tiempo de hospitalización fue de 1.8 días con un rango entre 1-8 días, el tiempo operatorio de 83.5 minutos y el intervalo entre 40-120 minutos. Se presentaron dos complicaciones en esta serie, (**Tabla 4**). No hubo necesidad de convertir ningún caso, no se utilizaron drenajes y no hubo mortalidad.

Tabla 4		
COMPLICACIONES PRESENTADAS		
Morbilidad	Nº	%
Celulitis pared abdominal	1	2,5%
Infección herida operatoria	1	2,5%
Total	2	5%

DISCUSIÓN

El sexo masculino representa el mayor número de pacientes con proporción hombre-mujer 1.5/1 lo que se corresponde con algunas series(20,21,22).

La edad promedio fue de 30,6 años con intervalo de 16-50 años lo que muestra que la patología se presenta en edades tempranas(22,23). El tiempo operatorio es similar en esta serie al obtenido a nivel mundial(24,25,26). La radiografía de abdomen no presentó cambios significativos y el tiempo de hospitalización fue de 1,8 días y es similar al que se tiene después de la cirugía clásica(27,28,29). El apéndice en estado flegmonoso representó el 70% de todos los casos.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La apendicectomía laparoscópica es una técnica quirúrgica de acceso mínimo, que ha demostrado tener excelentes resultados en disminuir las complicaciones de la apendicectomía tradicional. La más evidente es la disminución del riesgo de infección de la herida operatoria.

Es un excelente método inicial de diagnóstico y se prefiere como tal, y después del diagnóstico, ofrece la posibilidad de resolución por esta vía.

Reduce significativamente el número de infecciones de la pared abdominal, así como el dolor postoperatorio.

La apendicectomía laparoscópica, por ser un método seguro y efectivo, como el procedimiento abierto, se recomienda ampliamente para el tratamiento de los cuadros de apendicitis aguda.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mühe E. "Die ersie cholecystectomy durch daas laparoskop". Langgenbecks Arch Klin Chir 1986; 369: 804. [[Links](#)]

2. Reynolds W Jr. The first laparoscopic cholecystectomy. *Jour Soe Lop Surg* 2001; 5(1): 89-94. [[Links](#)]
3. Roos E, Ruiz E. La patología del apéndice cecal. Un análisis de 436 especímenes de apendicectomía. *GEN* 1995; 49(2): 140-4. [[Links](#)]
4. Santiago, P; Barberousse, C; Correlación clínico-histopatológica en apendicitis aguda. <http://www.cirugia-uy.com/Cirugia/Revis68-4/H-SANTI.htm>. 1998. [[Links](#)]
5. Telford G, Condon R. Apéndice. En. Ziadema G: Shackelford Cirugía del aparato digestivo. Tomo IV, 3ª Ed. Buenos Aires, Edit Médica Panamericana S.A. 1985; p 467. [[Links](#)]
6. William G: History of surgeons for appendicitis. *Ann Surg* 1983; 191: 495-506. [[Links](#)]
7. Amyand C. Of one inguinal ruptura with a pin in the caeci, appendix encrusted with stone: some observations on wounds in the guts. *Philosoph Trans.* 1736; 39: 329-336. [[Links](#)]
8. Patiño JF. Apendicitis Aguda y Apendicectomía. *Nota Histórica. Trib Med.* 1991; 74: 79-80. [[Links](#)]
9. Hiatt JR, Hiatt N. Amyand's hernia. *N Eng J Med.* 1998; 318: 1402. [[Links](#)]
10. Graham H. the Story of Surgery. Neu York. Doudleday, Doran & Co. Inc. 1939; XXIV: 380-397. [[Links](#)]
11. Mc Burney G. L'appendicite. *Gaz Med Fr* 1986; 93: 103-104. [[Links](#)]
12. Jones P F: Cirugía Abdominal de Urgencias. Barcelona, Salvat Editores, 1978. [[Links](#)]
13. Ellis H: Obstrucción intestinal aguda. En: Schwartz S, Ellis H, Cowles W. Maingot: Operaciones abdominales. 8a Ed, Buenos Aires, Edit Médica Panamericana S.A. 1986; p 1145. [[Links](#)]
14. Cope Z. The early diagnosis of The acute abdomen. *Oxford Med Pub.* 1951; IV: 53-75. [[Links](#)]
15. Lain Entralgo P, Historia de la Medicina Moderna y Contemporánea. Ed Científico médica. 2ed. Barcelona, 1963. [[Links](#)]
16. Semm K. Endoscopy Appendectomy Endoscopy. 1983; 15: 59-64. [[Links](#)]
17. Quintero M, Ferri N, Tamayo A, Guerra O, Romero R, Caraballo A, Apendicectomía Laparoscópica. Experiencia de la Unidad de Endocorugía durante 3 años. Centro Médico Rafael Guerra Méndez. *Rev Venez Cir* 1995; 48: 162-168. [[Links](#)]
18. Briceño P. Colecistecomía asistida por video laparoscopia. Trabajo presentado para optar a Profesor Titular, en el escalafón docente, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. 1994. [[Links](#)]
19. Navarrete S. Apendicectomía por Laparoscopia. Trabajo presentado para optar a Profesor Asociado, en el escalafón docente, de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela. 2000. [[Links](#)]
20. Bouillot L, Salah S, Fernández F, Al-Hajj G, Dehni N, Dhote B A, Allexandre H: Laparoscopic Procedure for suspected Apendicitis. *Surg. Endosc.* 1995; 9: 957-960. [[Links](#)]
21. Andreson, DG. Edelman, DS. Apendicectomía laparoscópica comparada con apendicectomía abierta: estudio en una institución. *El Hospital.* 1998; 24-25. [[Links](#)]
22. Moberg A, Montgomery A. Appendicitis: Laparoscopic versus conventional operation. A study and review of the literature. *Surg. Laparosc. Endosc.* 1997; 7: 459-463. [[Links](#)]
23. Tytgat S, Bakker X, Butzelaar R, Laparoscopic evaluation of patients with suspected acute appendicitis. *Surg Endosc* 1998; 12: 919-20. [[Links](#)]
24. J A Lagares-García, B Bandsidhar, R A Moore: Benefits of laparoscopy in middle-aged patients. *Surg Endosc* 2003; 17: 68-72. [[Links](#)]
25. Cushieri A. Appendicectomy-laparoscopic or open? *Surg Endosc.* 1997; 11: 319-329. [[Links](#)]
26. Alexander J. Pain alter laparoscopy. *Br J Anaesth* 1997; 369-378. [[Links](#)]
27. Marzouk M, Khater M, Elsadek A. Abdelmoghny: Laparoscopic vs open appendicectomy, A prospective comparative study of 227 patients. *Surg Endosc* 2003; 17: 721-724. [[Links](#)]

28. McGreevy S Finlayson R. Alvarado W. Laycock C. Birkmeyer J.D. Birkmeyer: Laparoscopy may be lowering the threshold to operate on patients with suspected appendicitis. Surg Endosc 2002; 16: 1046-1049. [[Links](#)]

29. Pier A, Gotz F, Bacher C: Laparoscopic appendicectomy in 625 cases: From innovation to routine. Surg Laparosc Endosc. 1991; 1: 8-13. [[Links](#)]

Edificio del Decanato, Oficina 50 P.B., Ciudad Universitaria, Caracas D.C, Venezuela. Apartado Postal 76333, El Marqués, Caracas.

Tlfs: (0212) 5619871 (0414) 2634154 Fax: (0212) 3214385



velascom@cantv.net