

INFORME DE CASO

Apendicetomía laparoscópica, cuándo no realizarla: complicaciones derivadas del procedimiento en apendicitis complicada

Laparoscopic appendectomy, when not to perform it: Complications of complicated appendicitis due to inappropriate procedures

Carlos Omar Blacio-Villa ^{1*}, Mario Leopoldo Sunta-Ruiz ¹, María Grazia Teneda-Espín ¹

¹ Universidad Regional Autónoma de Los Andes, Ambato. Ecuador

*Autor para la correspondencia: ua.carlosblacio@uniandes.edu.ec

Recibido: 27 de agosto de 2023

Aprobado: 1 de diciembre de 2023

RESUMEN

Se presenta un caso de un paciente masculino de 33 años, que acudió al servicio de Emergencia con dolor abdominal agudo de moderada intensidad, de 16 horas de evolución, localizado en fosa iliaca izquierda sin otra sintomatología acompañante. Como antecedente tenía el haber sido intervenido quirúrgicamente hace pasado 7 días por un cuadro de apendicitis aguda e intervenida quirúrgicamente, realizándole una cirugía laparoscópica. El examen destacaba alza térmica de 39, 4 grados, taquicardia de 120 latidos por minuto, abdomen doloroso a nivel de fosa iliaca derecha e izquierda, cicatrices de intervención quirúrgica sin signos de infección. La tomografía inicial demostró neumoperitoneo a nivel subdifragmatico en el espacio pararenal izquierdo, la laparoscopia mostro perforación de colon sigmoides. Se realiza sigmoidectomía laparoscópica y,

sin embargo, el paciente continuó con evolución poco favorable, con persistencia de signos de SIRS. Se realiza nueva tomografía que reporta colección en formación de 10 x 7 x 5 cm adyacente a colon sigmoides y signos inflamatorios subyacentes, se realiza laparotomía con evidencia de colección interasa de líquido purulento contenido de 100 ml, adherencias y necrosis de epiplón mayor.

Palabras claves: dolor abdominal; abdomen agudo quirúrgico; apendicitis complicada; complicaciones postquirúrgicas; laparotomía; absceso interasa

ABSTRACT

A 33-year-old male patient presented to the emergency department with acute abdominal pain in a moderate intensity range, 16 hours of evolution, located in the left iliac fossa with no other accompanying symptoms. Patient with a

history of acute appendicitis and underwent laparoscopic surgery 7 days ago. The examination revealed a temperature rise of 39, 4 degrees, tachycardia of 120 beats per minute, abdominal pain focused at the right and left iliac fossa, surgical scars with no signs of infection. First CT scan showed presence of a pneumoperitoneum at the subdiaphragmatic level in the left pararenal space, the laparoscopy procedure showed perforation of the sigmoid colon. The Laparoscopic sigmoidectomy surgery was performed, however, the patient continued with unfavorable evolution

and signs of a Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS). A new CT scan was performed, in which a large fluid collection measuring 10 x 7 x 5 cm adjacent to the sigmoid colon and signs of inflammatory conditions was found. A laparotomy was performed with evidence of 100 ml collection of purulent fluid, adhesion and necrosis of greater omentum.

Key words: abdominal pain; acute surgical abdomen; complicated appendicitis; post-surgical complications; laparotomy; interloop abscess

Cómo citar este artículo:

Blacio-Villa CO, Sunta-Ruiz ML, Teneda-Espín MG. Apendicetomía laparoscópica, cuándo no realizarla: complicaciones derivadas del procedimiento en apendicitis complicada. Gac Med Est [Internet]. 2024 [citado día mes año]; 5(1):e195. Disponible en: <https://revgacetaestudiantil.sld.cu/index.php/gme/article/view/195>

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda corresponde a la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico, su edad de prevalencia se encuentra en niños y adultos jóvenes entre 20 y 40 años, con mayor presentación en hombres, se define como la inflamación del apéndice cecal, siendo la obstrucción del lumen por un fecalito la causa más común en pacientes adultos, su diagnóstico es clínico y su tratamiento quirúrgico. ^(1,2)

Existen dos técnicas, la apendicectomía abierta y la apendicectomía laparoscópica. En la apendicectomía abierta no complicada, se utiliza la incisión de McBurney (oblicua) o la técnica de Rocky- Davis (transversa) en el cuadrante inferior derecho. La apendicectomía laparoscópica generalmente requiere el uso de puertos; se coloca un trocar en el ombligo (10 mm) para la cámara y los otros varían entre cuadrantes inferiores, cuadrante superior derecho o línea media, a criterio del cirujano; el apéndice se extrae de la cavidad a través de un trocar. ⁽²⁾

Algunos cirujanos consideran que hoy en día la Cirugía laparoscópica es el GOLD ESTÁNDAR para el tratamiento de apendicitis aguda, esta técnica requiere contar con personal altamente entrenado, material laparoscópico adecuado, y disponibilidad de estelas 24 horas del día todos los días del año. Sin embargo se ha asociado también con complicaciones como un aumento en la frecuencia de abscesos residuales intra-

abdominales y un riesgo aumentado de lesiones poco frecuentes pero de importancia, como lesiones vasculares o perforaciones intestinales asociadas a la técnica.⁽³⁾

Elegir la técnica adecuada se ha convertido en una disyuntiva actual entre los cirujanos generales, puesto que se debe elegir la mejor técnica en base a la patología del paciente complicada o no para obtener los mejores resultados postquirúrgicos y reducir el riesgo de complicaciones.^(2,4)

Las complicaciones se presentan en alrededor del 5% de los pacientes con una apendicitis aguda no complicada, pero en más del 30% de los pacientes con una apendicitis complicada, y estas son la infección del sitio quirúrgico, colección intraabdominal, fístula cecal, pyleflebitis y obstrucción intestinal.

Si bien la cirugía laparoscópica presenta varias ventajas sobre la cirugía convencional abierta en lo referente a dolor, tiempo de recuperación, costos de estancia hospitalaria e integración laboral temprana en el paciente, puede no siempre ser la mejor opción cuando nos encontramos frente a casos de apendicitis complicadas gangrenosas o perforada^(3,5). Una de las principales controversias entre los dos abordajes se refiere al riesgo de complicaciones sépticas. La revisión Cochrane afirmaba en sus conclusiones: “las infecciones de la herida fueron menos probables después de la AL que después de la AA, pero la incidencia de abscesos intraabdominales se incrementó”.

Se describieron en 2005, en pacientes pediátricos (entre 2 y 18 años; media, 11,2±3, 3 años), una forma de sepsis intraabdominal específica de la AL y que denominaron postlaparoscopic appendectomy complication (PLAC) que consiste en la aparición de una infección intraabdominal, sin absceso, inesperada por aparecer tras una apendicectomía por apendicitis no complicada (simple, flegmonosa o incluso con apéndice normal) y realizada por laparoscopia, y de aparición tras el alta hospitalaria, habiendo tenido un curso postoperatorio totalmente normal.^(4,5,6)

Se presenta el caso clínico de un paciente que posterior a ser intervenido quirúrgicamente por medio de laparoscopia desarrolló complicaciones sépticas intraabdominales.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 33 años de edad sin antecedentes clínicos de importancia, intervenido quirúrgicamente hace 7 días por un cuadro de apendicitis aguda que ingresa por un cuadro de dolor abdominal de 16 horas de evolución a nivel de fosa iliaca izquierda EVA 8/10 sin otra sintomatología acompañante, se automedica analgesia a base de Paracetamol 500mg sin evidenciar mejoría del cuadro por lo que acude. Ingresa al servicio de Emergencia el 28/12/2022 con signos vitales: tensión arterial 102/76 mmHg, frecuencia cardiaca: 120 latidos por minutos, saturación de oxígeno 95 %, FIO 221 %, Temperatura: 39,4 °C, al examen físico cardiopulmonar normal, abdomen suave depresible, doloroso a la palpación a nivel de fosa iliaca derecha e izquierda a la

palpación superficial y profunda, cicatrices de intervención quirúrgica ubicadas en región umbilical, suprapúbico y en flanco derecho sin signos de infección, se decide solicitar exámenes complementarios que reportan: leucocitos 15810, con neutrófilos 93, 6 % y linfocitos 4, 2 %, PCR: 146, resto de analítica dentro de parámetros normales, por inespecificidad de la sintomatología del paciente se solicita tomografía simple de abdomen en la que. (Imagen1).

Se indica tratamiento quirúrgico la laparotomía mostró 1 hallazgo descrito perforación de colon sigmóides, se realiza sigmoidectomía laparoscópica con confección de colostomía. Paciente manejado con antibioticoterapia de amplio espectro a base de Piperacilina +Tazobactam 4,5 gramos intravenoso cada 6 horas cumpliendo tratamiento durante 7 días, sin embargo paciente con evolución tórpida persiste con signos de SIRS, picos febriles, leucocitosis en exámenes complementarios de control de 21090 con neutrofilia de 89% se decide realizar una nueva laparotomía con hallazgo en esta ocasión de colección inter asa de líquido purulento de 100ml, adherencias y necrosis de epiploon mayor, se realiza drenaje, lavado de cavidad. Posterior a esto, paciente evoluciona favorablemente luego del procedimiento quirúrgico se mantiene en observación durante 2 semana cumpliendo 14 días de tratamiento antibiótico, se envió a domicilio con analgésico oral y cita para cirugía de restitución gástrica.

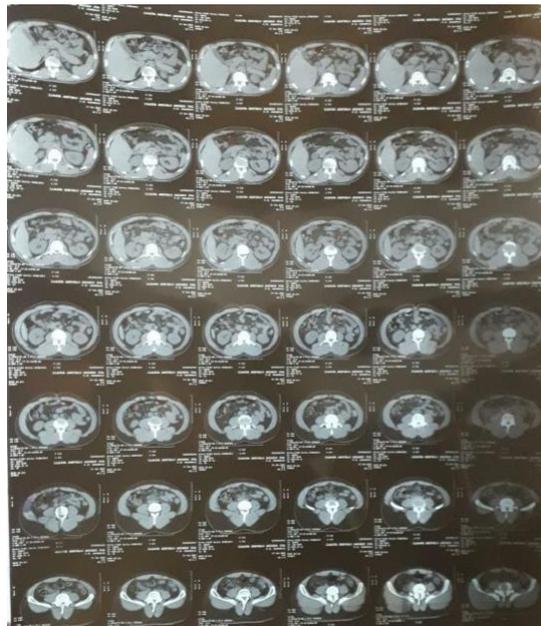


Imagen 1. Se evidenció neumoperitoneo a nivel subdiafragmatico y en el espacio pararenal

CONCLUSIONES

Después de 30 años de la primera descripción de la técnica laparoscópica para el tratamiento de la apendicitis aguda, han sido muchos los trabajos publicados para intentar restablecer la mejor vía, llegándose a conclusiones dispares. Así, aunque el

tratamiento laparoscópico parece estar generalizándose en nuestro entorno, las diversas ventajas comunicadas en diferentes estudios con este abordaje no han sido suficientes para establecerla como técnica de elección. Por todo ello, se plantea la necesidad de realizar nuevos estudios que permitan definir el papel de ambos abordajes para el tratamiento de una patología tan frecuente. Por lo pronto es el Cirujano quien basado en su experiencia deberá tomar la mejor decisión en cuento a la técnica que va a utilizar individualizando la misma para cada paciente.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. González, R. C. R., Alvarez, J. G., & Téllez, R. T. (2009). Apendicitis aguda: Revisión de la literatura. *Revista del Hospital Juárez de México*, 76(4), 210-216.
2. Fortea-Sanchis, C., Martínez-Ramos, D., Escrig-Sos, J., Daroca-José, J. M., Paiva-Coronel, G. A., Queralt-Martín, R., & Salvador-Sanchis, J. L. (2012). Apendicectomía laparoscópica frente al abordaje abierto para el tratamiento de la apendicitis aguda. *Revista de gastroenterología de México*, 77(2), 76-81.
3. Laguzzi, M. C., Rodríguez, F., Costa, J. M., Chinelli, J., Rappa, J., Trostchansky, J., & Rodríguez Temesio, G. (2019, June). Abscesos residuales en apendicitis aguda. Comparación entre abordaje laparotómico vs. laparoscópico. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 6, No. 1, pp. 170-190).
4. Soler-Dorda, G., Fernández-Díaz, M. J., Martín-Parra, I., Alonso-Gayón, J. L., Conty-Serrano, J. L., de Andrés-Fuertes, M. A., & Bárcena-Barros, J. M. (2007). Complicaciones sépticas intraabdominales tras apendicectomía laparoscópica: descripción de una posible nueva complicación específica de la apendicectomía laparoscópica. *Cirugía Española*, 82(1), 21-26.
5. Serour F, Witzling M, Gorenstein A. Is laparoscopic appendectomy in children associated with an uncommon postoperative complication? *SurgEndosc*. 2005;19:919-22
6. Khan, M. N., Fayyad, T., Cecil, T. D., & Moran, B. J. (2007). Laparoscopic versus open appendectomy: the risk of postoperative infectious complications. *JSLS*, 11(3), 363.

Declaración de conflictos de intereses:

Los autores declaran que no existen conflictos de intereses.

Contribución de los autores:

COBV, MLRS y MGTE: participaron en la conceptualización, curación de datos, redacción, redacción del borrador original, revisión y edición.

Financiación:

No se recibió financiación para el desarrollo del presente artículo.

