

COMPLICACIONES  
SOBRE 1.000 APENDICECTOMIAS  
EN LA CLINICA QUIRURGICA INFANTIL \*

Dr. ADOLFO VACAREZZA y Br. CARLOS L. ROSASCO

La presente comunicación está basada en el estudio de 1.000 historias clínicas comprendidas entre el 20 de marzo de 1958 y el 30 de junio de 1961, de 1.000 enfermos apendicectomizados. Estas historias pertenecen a la Clínica Quirúrgica Infantil que dirige el Prof. Dr. Ricardo Yannicelli y del Servicio de Urgencia del Hospital Pereira Rossell.

La cifra total de las complicaciones que han aparecido asciende a 48 casos, que corresponden a diferentes causas que luego analizaremos por separado. Esto da un porcentaje de un 4,8 % de complicaciones. Dentro de este porcentaje solamente existe un caso de muerte, lo que da un porcentaje del 0,1 %.

Las complicaciones las clasificaremos para su análisis en: complicaciones generales, a distancia, regionales y locales.

A) COMPLICACIONES GENERALES

1) *Shock*.— Tres síndromes de shock en enfermos operados en el estado de peritonitis, siendo el estado general previo a la intervención quirúrgica aceptable. Sus edades son de 3, 8 y 10 años respectivamente. En el niño de 3 años el colapso se instaló en el postoperatorio inmediato, siendo su corrección relativamente fácil. En el segundo caso, hubo un cuadro de colapso con una gran hipertermia, mejorando al refrigerar al niño. El tercer caso se instala a las 24 horas acompañándose de un

Director: Prof. Ricardo B. Yannicelli.

síndrome broncopulmonar muy severo, requiriendo una terapéutica intensiva y prolongada; todos los enfermos evolucionaron satisfactoriamente.

2) *Convulsiones*.— Dos cuadros convulsivos en niños de 8 y 11 años respectivamente. Las convulsiones ocurrieron durante la recuperación anestésica, con una duración de la crisis de 30 minutos. Cedieron las crisis con el uso de barbitúricos y Clopromazina, no quedando secuelas neurológicas; ambos enfermos en el momento de la convulsión no presentaban hipertermia.

## B) COMPLICACIONES A DISTANCIA

1) *Complicaciones pulmonares*.— Dos historias de niños de 7 y 10 años, operados en el estadio de peritonitis. Presentaron un cuadro de insuficiencia respiratoria aguda por un proceso pulmonar. En ambos casos el síndrome respiratorio se acompañó de colapso periférico. En el niño de 7 años, la clínica y la radiología mostraron una condensación del hemitórax izquierdo. El segundo caso, clínicamente mostró estertores difusos en ambos campos pulmonares, acompañado de cianosis.

## C) COMPLICACIONES REGIONALES

1) *Absceso del Douglas*.— Se observaron diez complicaciones del tipo del absceso del Douglas, lo que brinda un porcentaje del 1 %. Las edades de los operados variaron entre los 7 y los 13 años. El hallazgo operatorio puso en evidencia que el apéndice en todos los casos adoptaba una topografía descendente o pelviana. En siete casos existía una peritonitis purulenta, en un caso había líquido seroso en el peritoneo y dos se trataban de apendicitis agudas no complicadas. A ocho de esos enfermos se les drenó el fondo de saco de Douglas; en cuatro se utilizó la vía suprapúbica y en los cuatro restantes el dren se retiró por la misma incisión; dos quedaron sin drenaje. Los dos enfermos no drenados presentaban, uno, apendicitis aguda y el otro apendicitis con líquido seroso en la cavidad peritoréal.

2) *Oclusión*.— Se han observado doce íleos postoperatorios con un porcentaje del 1.2 %. Siete de naturaleza dinámica y

cinco de tipo mecánica. Las edades variaron entre 3 y 12 años con un promedio de 10 años. Los doce enfermos eran portadores de peritonitis, drenándose en todos los casos la cavidad peritoneal por drenaje colocado en el fondo de saco del Douglas, que se retiró en cinco casos por contraabertura y en siete casos por la misma incisión. En siete casos se asoció al drenaje del Douglas el drenaje del lecho apendicular.

Las complicaciones se instalaron: las más precoces a continuación del acto quirúrgico y la más tardía a los 25 días. En el preoperatorio de 3 casos ya existía un síndrome suboclusivo. Los más precoces corresponden a los íleos dinámicos con un intervalo máximo de instalación de cuatro días. Se efectuó en todos los casos tratamiento médico. Algunos adquirieron especial gravedad manteniendo el estado de oclusión durante seis días.

Dentro de los doce casos de íleos postoperatorios, cinco corresponden a oclusiones mecánicas. El tiempo de instalación del cuadro oclusivo varió entre 72 horas en su inicio y dos meses el más tardío. Cuatro necesitaron del tratamiento quirúrgico y uno cedió con terapéutica médica.

En los cuatro operados el hallazgo quirúrgico fue la misma causa, una brida estrangulando un asa. Luego de la intervención quirúrgica todos los enfermos evolucionaron favorablemente. El caso restante se trató con la medicación habitual evolucionando hacia la normalidad.

#### D) COMPLICACIONES LOCALES

1) Evisceración. 2) Fístula intestinal. 3) Procesos supurativos de pared. 4) Hemorragia de la herida.

1) *Evisceración.*— Esta complicación ocurrió en un solo caso y corresponde a un niño de 3 años de edad, portador de una peritonitis sumamente evolucionada y con gran repercusión sobre el estado general. Se interviene por una incisión de Mac Burney-Goset, sospechándose por la gran cantidad de pus la presencia de otro foco de contaminación peritoneal, se efectúa una paramediana izquierda. Se realiza la apendicectomía sin encapsulamiento y se coloca drenaje del Douglas que se retira por la comisura inferior de la paramediana. El postoperatorio es

muy accidentado, continuando con el estado de gravedad preoperatoria e instalándose a continuación un síndrome oclusivo que motiva ser reintervenido a los seis días por una paramediana derecha láterorrectal interna; comprobándose una oclusión de naturaleza mecánica por brida. A los cinco días de la última intervención, al efectuar la curación se eviscera, por la paramediana derecha y parcialmente por la izquierda. Se efectúa la reparación quirúrgica de la evisceración evolucionando luego sin incidencia, el alta se otorga a los 22 días de su ingreso.

2) *Fístula intestinal*.— En nuestra estadística se han observado dos casos. El primero se refiere a un niño de 10 años que presentaba una peritonitis circunscripta de origen apendicular a topografía retrocecal, efectuándose apendicectomía y drenaje del foco con tubo y doble mecha. A los tres días presentaba una fístula intestinal que por los caracteres del contenido que evacúa se piensa que se topografía en el ciego. Con el tratamiento médico se obtiene la curación, siendo dado de alta a los quince días de su ingreso.

El segundo caso se refiere a un paciente de 11 años que presenta una peritonitis difusa, efectuándose apendicectomía y drenando el foco con tubo de Penrose y el Douglas con tubo de goma. Se instala un flemón de pared al cabo de 10 días y luego de drenado el mismo, culmina en la aparición de la fístula. En virtud de no lograrse el cierre con el tratamiento médico, a los dos meses es intervenido comprobándose tres fístulas en las últimas asas ileales, efectuando su cierre sin necesidad de resección. La evolución postoperatoria es buena y es dado de alta a los trece días.

3) *Procesos supurativos de pared*.— Se han observado once casos de supuraciones parietales lo que nos da un porcentaje del 1,1 %.

Es interesante señalar, que en cinco casos el apéndice macroscópicamente no presentaba lesiones o éstas eran de muy poca jerarquía, lo cual nos lleva a considerar a estas infecciones parietales como resultante de una infección exógena, fruto de la intervención quirúrgica. Los seis casos restantes se trataban de tres peritonitis en los cuales se dejó drenaje; en dos de ellas se cerró totalmente la piel y en una de ellas se dejó parcialmente

abierta. Las otras tres restantes eran típicas apendicitis agudas. El tiempo de aparición de la complicación estuvo comprendido entre un mínimo de cinco días y un máximo de veinte días. No se efectuaron controles bacteriológicos.

4) *Hemorragia de las estructuras parietales.*— Esta complicación se presentó en cinco casos, lo que da un porcentaje del 0,5 %. Nunca adquirió caracteres de tal gravedad que llevara a un síndrome de anemia aguda o que obligara a una terapéutica de reposición de la volemia. En tres casos fue necesario efectuar hemostasis por ligadura de los vasos que sangraban en el subcutáneo; en otra ocasión, por ser un sangrado difuso, se trató por medio de una mecha colocada en el subcutáneo, y en el restante se drenó un hematoma.

*Muerte:* Además de las complicaciones que hemos pasado revista, se agrega un caso de muerte. Se trataba de una niña de 4 años, con un síndrome infeccioso con 40° de temperatura rectal y dolor abdominal. Se interviene y el hallazgo operatorio muestra enormes adenopatías mesentéricas rojo oscuras de consistencia blanda y apéndice macroscópicamente sano. El postoperatorio fue aceptable durante el primer día, haciendo durante el segundo día un cuadro de colapso irreversible y muerte. En la autopsia se comprueba, además de las adenopatías antes mencionadas, un íleo congestivo con piqueteado hemorrágico y a la palpación numerosas formaciones alargadas de consistencia dura que pueden pertenecer a placas de Peyer. Las suprarrenales eran de aspecto normal, no llegándose a la causa de muerte.