

Abdomen agudo en lactantes: a propósito de un caso

M. J. Edo Jimeno⁽¹⁾, M. Martín Cabeza⁽¹⁾, C. Hernández Díaz⁽²⁾, M. L. Serrano Madrid⁽³⁾.

⁽¹⁾ Centro de Salud Soria Sur, Soria. ⁽²⁾ Hospital Universitario, Burgos. ⁽³⁾ Hospital Santa Bárbara, Soria

[Bol Pediatr Arag Rioj Sor; 2021; 51: 23-25]

RESUMEN

Lactante varón de 19 meses consulta en su centro de salud por fiebre y diarrea. Exploración física compatible con apendicitis aguda que en las horas siguientes se confirma. La apendicitis en el lactante es un cuadro clínico muy infrecuente y de difícil diagnóstico que, si no se realiza precozmente, puede producir complicaciones graves. En nuestro caso evolucionó hacia un plastrón apendicular. En el hospital de referencia, dado el buen estado general del paciente, se decidió tratarlo con antibioterapia intravenosa y apendicectomía laparoscópica diferida 3 meses después, con buena evolución.

PALABRAS CLAVE

Dolor abdominal, lactante, apendicitis.

Acute abdomen in infants: a case report

ABSTRACT

A 19-month-old male infant his health center for fever and diarrhea. A physical examination indicates that it may be an acute appendicitis that is confirmed in the following hours. Appendicitis in infants is a very rare and difficult-to-diagnose clinical picture that, if not recognized early, can lead to serious complications. In our case it evolved into an appendicular plastron. In the referral hospital, given the good general condition of the patient, it was decided to treat with intravenous antibiotic therapy and delayed laparoscopic appendectomy three months later, with good evolution.

KEYWORDS

Diabetes mellitus, hyperglycaemia, diabetic ketoacidosis, hypoglycaemia.

Correspondencia: María José Edo Jimeno
Pediatra Centro de Salud Soria Sur
Avda. Reyes Católicos, 58. 42004 Soria
Teléfono: 629 82 70 37
mjedo58@hotmail.com
Recibido: abril de 2020. Aceptado: mayo de 2020

INTRODUCCIÓN

El abdomen agudo en la infancia es difícil de definir, al ser un cuadro sindrómico de origen múltiple. Los síntomas gastrointestinales son un motivo muy frecuente de consulta en Atención Primaria. En la mayoría de los casos se deben a procesos como gastroenteritis, reflujo gastroesofágico, cólicos del lactante, etc. Sin embargo, a veces se trata de patologías que requieren cirugía, que podrían poner en riesgo la vida del paciente y que precisan de un diagnóstico precoz.

Hay que considerar la apendicitis aguda como una posible causa de dolor abdominal en lactantes, teniendo en cuenta que la presentación es atípica e inespecífica, lo que hace que el diagnóstico resulte más difícil y complejo, y, por lo tanto, tardío.

El manejo conservador inicial seguido de apendicectomía programada es una opción eficaz de tratamiento para el plastrón apendicular con tasas de éxito altas⁽¹⁾.

CASO CLÍNICO

Varón lactante de 19 meses. Sin antecedentes de interés. Acude a su pediatra por fiebre, deposiciones diarreicas verdosas y dolor abdominal de 4 días de evolución que le impide dormir. En la exploración física se observa distensión abdominal, peristaltismo disminuido y signo de Blumberg positivo. Ante la sospecha de apendicitis, se deriva al hospital.

En la analítica destacan leucocitosis de $17,58 \times 1.000 \mu\text{L}$ con 60% de neutrófilos, plaquetas $452 \times 1.000 \mu\text{L}$, hemoglobina 10,6 g/dL, PCR 72,8 mg/L, PCT 0,86 ng/mL y coagulación normal. Se realiza ecografía de abdomen: se aprecia en FID un área muy abigarrada con asas que no presentan aparentemente peristaltismo y áreas nodulares hipoecogénicas que podrían corresponder a adenopatías, una pequeña cantidad de líquido libre en el contexto de una invaginación intestinal o un proceso inflamatorio. Tras analgesia se ingresa con dieta absoluta. Después de 8 horas de observación con buen estado general, estable hemodinámicamente, pero con persistencia del dolor abdominal, sin vómitos y con ausencia de peristaltismo, se realiza traslado al hospital de referencia. A su llegada se repite ecografía de abdomen: se aprecia pseudomasa pericecal de $45 \times 35 \text{ mm}$ así como calcificación arciforme de 6 mm por lo que se sospecha apendicitis aguda complicada más plastrón y abscesos. Por el buen estado general del paciente tras antibioterapia (piperacilina-tazobactam), sueroterapia y analgesia durante 5 días, se decide de acuerdo con los

padres continuar con tratamiento conservador con antibioterapia vía oral con amoxicilina / ácido clavulánico a 80 mg/kg/día durante 7 días y valorar cirugía programada según evolución. Finalmente, 3 meses después, el paciente fue intervenido mediante laparoscopia. Se encontró apéndice de localización retrocecal con adherencias firmes a la pared posterior del ciego y algunas laxas del epiplón y ciego a parietocólico derecho. El informe de Anatomía Patológica evidenció apéndice con proceso fibroso e inflamatorio crónico gigantocelular a nivel de la serosa. La evolución fue buena, sin que se hayan presentado complicaciones hasta el momento actual (2 años tras la intervención).

COMENTARIOS

La apendicitis aguda es una entidad que se tiene poco en cuenta en lactantes por su escasa incidencia (estimada entre 1 y 2 por cada 10.000 niños al año, entre el nacimiento y los cuatro años)⁽²⁾. Durante el período neonatal es excepcional, y a esta edad representa menos del 0,2% de las apendicitis de la infancia⁽³⁾. La presentación «clásica» de apendicitis caracterizada por dolor abdominal generalizado, con posterior localización en cuadrante inferior derecho asociado con náusea, vómitos y fiebre, se observa con menor frecuencia en los pacientes pediátricos. Los niños menores de 2 años generalmente presentan diarrea como uno de los síntomas principales, que se encuentra en el 30-40% de los niños con apendicitis⁽⁴⁾, y la probabilidad de perforación oscila entre el 30 y el 65%⁽⁵⁾ (hasta el 85% en algunas series), comparado con el 7% en niños de entre 5 y 12 años⁽³⁾. Esto puede deberse a la dificultad para realizar el diagnóstico en edades tempranas, y otros factores que pueden estar implicados son una pared del apéndice más delgada, un epiplón de pequeño tamaño y una respuesta más intensa a la infección en esta edad⁽⁶⁾. Siendo una entidad poco frecuente, el alto grado de sospecha es clave para establecer el diagnóstico y el tratamiento precoz y, por consiguiente, una disminución de la morbimortalidad.

La apendicitis sin tratamiento precoz puede evolucionar hacia una perforación apendicular y producir una peritonitis; sin embargo, el organismo puede controlar parcialmente este proceso generando un plastrón apendicular⁽⁷⁾. Se trata de una masa inflamatoria en la que pueden participar tanto asas del intestino delgado como el epiplón, al igual que otros órganos⁽¹⁾.

En el tratamiento del plastrón, hay autores que prefieren realizar una intervención precoz⁽⁸⁾ porque así se evita un nuevo ingreso posteriormente y, además, se excluyen

otras entidades que pueden simular un plastrón. Otros autores prefieren instaurar un tratamiento conservador inicial con antibioterapia intravenosa y realizar la intervención quirúrgica transcurridos entre 3 y 6 meses^(1,9), con tasas de éxito del 84%⁽¹⁾. La ventaja de realizar la intervención diferida es que disminuyen las complicaciones derivadas de la inflamación, como la infección de la herida quirúrgica y el absceso intraabdominal⁽¹⁾.

En conclusión, la apendicitis en niños menores de 2 años de edad es infrecuente y de difícil diagnóstico. Se debe tener en cuenta cuando atendemos a niños con fiebre y diarrea. Si no se detecta a tiempo, puede producir una gran morbimortalidad. Existe la posibilidad de realizar un tratamiento conservador inicial del plastrón apendicular y unos meses después llevar a cabo cirugía diferida, con disminución de las complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Villalón F, Villanueva A, Suñol MA, Garay J, Arana J, et al. Tratamiento y seguimiento del plastrón apendicular. *Cir Pediatr*. 2013; 26: 164-6.
2. Sakellaris G, Partalis N, Dimopoulou D. Acute appendicitis in preschool age children. *Salud (I) Ciencal*. 21 (2015) 284-93.
3. Almaramhy HH. Acute appendicitis in young children less than 5 years: review article. *Ital J Pediatr*. 2017; 43(1): 15.
4. Marzuillo P, Germani C, Krauss BS, et al. Appendicitis in children less than 5 years old: a challenge for the general practitioner. *World J Clin Pediatr*. 2015; 4(2): 19-24.
5. Newman K, Ponsky T, Kittle K, DYK I, Throop C, Giesecker K et al. Appendicitis 2000: Variability in practice, outcomes, and resource utilization at thirty pediatric hospitals. *J Pediatr Surg*. 2003; 38: 372-9.
6. Quirós MA, Villa NS, Gómez MJ. Estudio prospectivo de 288 apendicitis agudas en la infancia: características en los niños menores de 5 años. *An Esp Pediatr*. 1997; 46: 351-6.
7. Clouet-Huerta DC, Guerrero C, Gómez L. Plastrón apendicular y manejo clínico actual: una decisión a reconsiderar. A propósito de un caso. *Rev Chil Cir*. 2017; 69(1): 65-8.
8. Bahram MA. Evaluation of early surgical management of complicated appendicitis by appendicular mass. *Int J Surgery*. 2011; 9: 101-3.
9. Simillis C, Symeotides P, Shorthouse A, Tekkis PP. A meta-analysis comparing conservative treatment versus acute appendicectomy for complicated appendicitis (abscess of phlegmon). *Surgery*. 2010; 147: 818-29.