Rev. Chilena de Cirugía. Vol 54 - Nº 6, Diciembre 2002; págs. 668-669

CASOS CLÍNICOS

Apendicectomía: una curiosa indicación

Dr. RAÚL LASAGNA G, Int. NORMA LASAGNA R

Hospital Mutual de Seguridad, Santiago

RESUMEN

Se da a conocer el caso de un individuo de 20 años, que se tragó un clavo de 2,5'', el que debió ser retirado quirúrgicamente. Para ello él fue introducido en el apéndice cecal, luego de removerlo desde la zona cecoascendente, practicándose una apendicectomía la que fue seguida de buena evolución. Se discuten las indicaciones de apendicectomía, agregando a ella la señalada por nosotros, que la encontramos recomendable a objeto de disminuir el índice de complicaciones que presentan estos pacientes sometidos a otro tipo de intervenciones.

PALABRAS CLAVES: ***Apendicectomía, indicaciones, ingestión cuerpos extraños***

SUMMARY

We report a case of a 20 year-old male who swallowed a 2.5'' nail, which had to be surgically removed. For that, the nail was introduced into the vermiform appendix after displacing it from the ascending colon; this was followed by an appendectomy with good postoperative course. We discuss the indications for appendectomy adding the maneuver reported here, which we think is advisable in order to decrease the rate of complications.

KEY WORDS: ***Appendectomy, indications, foreign body intake***

INTRODUCCIÓN

La ingestión de cuerpos extraños involuntaria por cierto y en muchas ocasiones relacionadas con su desempeño laboral, es un hecho que a quienes trabajamos en la Urgencia nos corresponde atender con cierta frecuencia. Ellos son de distinto tipo, pero entre los más visto en adultos se encuentran tornillos, pernos, tuercas, clavos, anillos y prótesis dentales.

En la mayor parte de los casos, éstos pueden ser retirados del aparato digestivo alto en forma endoscópica o bien ser expulsados días después de la ingestión junto a las heces. Los que deben ser extirpados quirúrgicamente constituyen una excepción.[1] El objetivo de esta publicación es dar a conocer un caso atendido por nosotros en el Hospital Mutual de Seguridad de Santiago, que por la rareza que encierra especialmente en la técnica quirúrgica empleada, nos ha parecido de interés hacerlo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 20 años, quien momentos antes de su ingreso, mientras realizaba trabajos de carpintería, manteniendo entre sus labios 4 clavos de 2,5'' cae desde un andamio de un metro de altura en el que se encontraba tragándose uno de ellos.

Fue ingresado para observar practicándose radiología que demostró el cuerpo extraño en intestino delgado; en controles repetidos se fue apreciando progresión de él, la que se detuvo tres días después en la región cecoascendente. Ante ello junto a la aparición de dolor bien localizado durante el examen clínico, en el cuadrante inferior derecho del abdomen y considerando el tamaño del clavo,

se indicó laparotomía. Esta demostró impactación de él en la región señalada, procediéndose a su movilización hacia el lumen y desde ahí hacia el interior del apéndice cecal, lo que se logró fácilmente. Se practicó apendicectomía clásica y jaretas invaginantes en los puntos aparentemente lesionados, no abriendo en ningún momento el colon. Su evolución fue sin incidentes, procediéndose a su alta desde el Hospital a las 48 horas de intervención.

DISCUSIÓN

La primera apendicectomía de la que se tiene información fue realizada en el año 1736 por Amyand.[2] Recién en 1886 Reginal Fritz identificó a la apendicitis como una entidad clínica y patológica que requiere tratamiento quirúrgico.[3] Posteriormente, McBurney dio a conocer las manifestaciones clínicas precoces de la apendicitis aguda antes de su perforación, junto al punto de mayor dolor en el examen abdominal y describió la incisión que lleva su nombre.[4,5] En la actualidad es el procedimiento quirúrgico que con mayor frecuencia se realiza en los Servicios de Urgencia del mundo.[6]

Indicada en sus comienzos sólo para tratar los procesos inflamatorios apendiculares y sus complicaciones, la apendicectomía ha ido teniendo en el tiempo nuevas aplicaciones siendo algunas de ellas motivo de controversias. En general, se clasifican en profilácticas e incidentales, las primeras se practican a personas que cumplirán funciones lejos de centros asistenciales por tiempo prolongado y las segundas son las que se realizan durante grandes cirugías abdominales, las que pueden dificultar el diagnóstico ante eventuales procesos inflamatorios que puedan desarrollarse después de que ella se ha efectuado o bien alterar el acceso al apéndice en futuras intervenciones sobre él.[7]

Por otra parte, en el último tiempo han aparecido quienes contraindican lo anterior, esto es dado a conocer especialmente por grupos urológicos quienes lo emplean en cirugía reconstructiva para la confección de cistostomías continentes.[8,9]

La señalada por nosotros en este artículo, nos parece de interés en la medida que cuerpos extraños retenidos a nivel intestinal pueden ser desplazados hacia el interior del apéndice, para luego proceder a retirarlo con una simple apendicectomía, evitándose de este modo ingresar al intestino con la consiguiente contaminación peritoneal la que a pesar de todas las precauciones que se adopten inexorablemente se producirá, lo que debiera ser seguido lógicamente de un mayor índice de complicaciones que aquellas técnicas en que ello no se produce como fue la empleada en nuestro caso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lyons MF, Tsuchida AM: Foreign bodies of the gastrointestinal tract. Med Clin North Am 1993; 77: 1101-4.
2. Amyand C: Of an inguinal rupture with a pin in the appendix caeci encrusted with stone: some observations on wounds in the guts. Philosoph Trans 1736; 39: 329-31.
3. Fitz RH: Perforating inflamation of the vermiform appendix: with special reference to its early diagnosis and treatment. Trans Assos Am Physicians 1886; 1: 107-10.
4. McBurney C: Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. N State Med J 1889; 50: 676-8.
5. McBurney C: The incision made in the abdominal wall in cases of appendicitis. Ann Surg 1894; 20: 38-9.
6. Lewis FR, Holcroft JW *et al:* Appendicitis. A critical reviews of diagnosis and treatment in 1000 cases. Arch Surg 1975; 110: 677-80.
7. Fisher KS, Ross DS: Guidelines for therapeutic decision in incidental appendectomy. Surg Gynecol Obstet 1990; 171: 95-8.
8. Wheeler RA, Malone PS: Use of the appendix in reconstructive surgery: a one against incidental appendectomy. Br J Surg 1991; 78: 1283-5.
9. Mitrofanoff P: Cystostomie continent trans-appendiculaire dans le traitement des vessies neurologiques. Chis Pediatrique 1980; 21: 397-305.