

Artículo Original

*Apendicitis Aguda en los Ancianos**

Acute appendicitis in the elderly

*Prof. Dr. Roberto Corbeta***

RESUMEN

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico en todas las edades. Una de cada 15 personas presentará un cuadro de apendicitis aguda en algún momento de su vida. La mayor incidencia es en el segundo y tercer decenio de la vida. La relación de hombres a mujeres es de 2 a 1 entre los 15 y 25 años. (20)

El aumento de la expectativa de vida y el número creciente de personas con más de 65 años que presentan situaciones complejas en el campo de la salud conllevan a considerar la patología del anciano como una situación no esporádica en nuestro hospital como anteriormente sucedía en las últimas décadas ha aumentado el número de pacientes gerontes intervenidos, de tal forma que es posible comenzar a hablar de una nueva especialidad dentro de la cirugía general, con este objetivo se analiza esta patología que presenta muchas dificultades en el diagnóstico por su presentación atípica de modo de buscar nuevos horizontes en esta grave afección.

SUMMARY

Acute appendicitis is the most frequent cause of surgical acute abdomen in all ages. One out of 15 individuals will have a appendicular event during their lives. The main incidence is between the second and third decades of life. The sex ratio is 2:1 towards masculine and between 15 and 25 years old. (20)

With longer life expectancy and more people over 65 having complex health situations, illness in the elderly is no longer sporadic. In our hospital the number of senior people has increased to the point that we can talk about a whole new specialty in general surgery.

We analyze this fact, which shows many difficulties in diagnosis because its atypical presentation, in order to search for new horizons about this serious condition.

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda del anciano es una afección grave que se presenta en enfermos mayores de 65 años con una semiología diferente y con un diagnóstico que usualmente dependiendo de la historia clínica, estudios auxiliares y laboratoriales pueden llevar a un diagnóstico de la apendicitis que en estos pacientes suele ser atípica y confundir al cirujano con otras patologías resultando en gangrena, perforación apendicular y en algunos casos incluso obstrucción vascular por arteriosclerosis de la arteria apendicular que acompaña a esta patología de los pacientes ancianos. A pesar de que esta patología data

(*) Monografía presentada en la Facultad de Ciencias Médicas UNA Año 2002

(**) Prof. Adjunto de la Cátedra de Semiología Quirúrgica de la F.C.M.

del siglo XIX cuando el anatomopatólogo de Boston Reginald H. Fitz quien inauguró en 1886 el término apendicitis, dos años antes de la descripción de Charles Mc Burney (1); esta patología sigue teniendo en la actualidad una importancia capital en la patología quirúrgica tanto por su frecuencia como su repercusión y complicaciones en el grupo etario que se estudia.

MATERIAL Y MÉTODO

Para realizar este trabajo se estudiaron y analizaron las historias clínicas de 40 pacientes mayores de 65 años, que fueron intervenidos quirúrgicamente por cuadros de apendicitis aguda en la Primera Cátedra de clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina U.N.A., en el período comprendido entre el 1 de enero de 1996 y el 31 de diciembre del 2000.

Como la presentación aislada de los resultados de las distintas variables en estudio sería poco clara si no se los confronta con otro grupo similar pero más conocido, se decidió tomar un grupo control, formado por 100 pacientes cuyas edades oscilan entre 15 y 25 años, operados por cuadros de apendicitis aguda, en el mismo período de tiempo, elegidos al azar, de la misma cátedra.

Se formó así un grupo testigo de 100 pacientes.

La comparación entre ambos grupos puede ser de utilidad para determinar cuales son las características distintivas de la apendicitis aguda del geronte.

En realidad, lo que hubiera correspondido sería formar el grupo control con el total de pacientes menores de 65 años, intervenidos en el período de 5 años, pero eso nos hubiera obligado a analizar 1015 historias clínicas, que significaría un número demasiado superior al de las historias clínicas de los ancianos.

Creemos que el grupo control es representativo de la población en nuestro hospital de pacientes menores de 65 años con cuadros de apendicitis aguda y el procedimiento es correcto desde el punto de vista estadístico.

Se descartaron aquellos pacientes cuyas historias clínicas y protocolos operatorios son incompletos.

RESULTADOS

La alteración inicial en los ancianos fue dolor leve en el 100% de los pacientes, localizado en F.I.D. en el 38 % y sin localización precisa en el 62 %.

La alteración inicial en los jóvenes fue dolor moderado en el 100% de los pacientes, 66% localizado en epigastrio, 20 % en F.I.D. y 14 % en región periumbilical.

En los ancianos el tiempo transcurrido entre la iniciación de las molestias y la consulta en la cátedra fue de 5 días en promedio. En los jóvenes fue de 22 hs en promedio.

En los ancianos el interrogatorio detectó dolor en el 100% de los pacientes, siendo leve en el 67% y moderado en el 33%. La localización fue en F.I.D. en el 43% de los pacientes, periumbilical en el 30%, y en hipogastrio en el 27 %, siendo continuo en el 80%, por crisis en el

20%, se acompañó de náuseas y vómitos en el 47%, fiebre moderada en el 53%, no hubo fiebre en el 47%, hubo detención de heces y gases en el 20%.

En los jóvenes el interrogatorio detectó dolor en el 100% de los pacientes, de moderada intensidad, creciente. La localización fue en F.I.D. en el 70% de los pacientes, en epigastrio en 18% y periumbilical en 12%, siendo continuo con exacerbaciones y acompañado de náuseas y vómitos en el 100%.

Hubo fiebre moderada en el 90% de los pacientes, no presentaron fiebre el 10%.

En los ancianos el examen físico detectó a la inspección distensión abdominal en el 90% de los pacientes, a la palpación dolor en F.I.D. en el 73%, en hipogastrio en el 27%, defensa muscular en el 57%, dolor a la descompresión en F.I.D. en el 50%, y dolor a la descompresión generalizada en el 40%, no hubo contractura muscular en ningún caso. Se palpó tumor en F.I.D. en el 15% de los pacientes. A la auscultación los R.H.A. estaban normales en 40 %, aumentados en el 20%, y disminuidos o ausentes en el 40%. A la percusión se encontró hipersonoridad en el 100% de los pacientes. En el tacto rectal o vaginal hubo dolor en el fondo de saco de Douglas en el 33% de los pacientes.

En los jóvenes el examen físico detectó a la inspección distensión abdominal en el 5% de los pacientes, a la palpación dolor en F.I.D. en el 70%, en hipogastrio en el 18%, y periumbilical en el 12%, defensa muscular en el 90%, dolor a la descompresión en F.I.D. en el 70%, dolor a la descompresión generalizada en el 10%, contractura muscular en el 10% a la auscultación los R.H.A. estaban normales en el 90% de los pacientes y disminuidos o ausentes en el 10%. A la percusión se encontró hipersonoridad en el 5% de los pacientes. En el tacto rectal o vaginal hubo dolor en el fondo de saco de Douglas en el 10% de los pacientes.

En los ancianos los análisis laboratoriales mostraron leucocitosis, neutrofilia y eritrosedimentación acelerada en el 45% de los pacientes, sin alteración en el 55%.

En los jóvenes los análisis laboratoriales mostraron leucocitosis y neutrofilia en el 90% de los pacientes, eritrosedimentación acelerada en el 70%, sin alteración en el 10%.

En los ancianos el diagnóstico preoperatorio fue acertado en el 87% de los pacientes, en los jóvenes en el 100%.

En los ancianos el diagnóstico posoperatorio fue apendicitis aguda en el 60% de los pacientes, y peritonitis generalizada en el 40%.

En los jóvenes el diagnóstico posoperatorio fue apendicitis aguda en el 90% de los pacientes, y peritonitis generalizada en el 10%

El promedio de internación fue 9 días en los ancianos y 3 días en los jóvenes.

Los pacientes ancianos presentaron afecciones concomitantes como afecciones respiratorias, renales, diabetes, hipertensión, cardiopatías en un 30% aproximadamente.

Todos los pacientes fueron tratados quirúrgicamente, consistiendo el mismo en la extirpación del foco séptico, más lavado de cavidad peritoneal en los casos de peritonitis. Entre los años 96 y 98 fueron utilizados como antibióticos ciprofloxacina y metronidazol, y los 2 últimos años como único antibiótico ampicilina surbactam. Para el tratamiento de los ancianos se requirió de la ayuda de un clínico en un alto porcentaje de casos.

La mortalidad fue 0% para ambos grupos de pacientes.

COMENTARIOS

La apendicitis aguda es excepcional en el anciano, al menos en su forma clásica. (21)

La apendicitis aguda en el grupo de mayor edad es una enfermedad mucho más grave. Menos del 10% de los que se operan de apendicitis aguda son mayores de 65 años, pero más de 50% de la mortalidad total por apendicitis aguda corresponde a este grupo.

Ello se atribuye al retraso en el tratamiento definitivo, mayor frecuencia de infección progresiva no controlada y un índice más alto de afecciones concomitantes. (22). Esto se percibió con claridad en la serie presentada en este trabajo, porque la consulta en nuestra cátedra fue tardía en los ancianos (5 días), no así en los jóvenes (22 hs), además un gran grupo de pacientes ancianos presentaron patologías concomitantes (30%).

El síntoma inicial clásico de la apendicitis aguda en el joven es el dolor epigástrico. Aparecen luego náuseas y, posteriormente la localización del dolor y sensibilidad a la presión se ubica en el cuadrante inferior derecho. Sin embargo en los pacientes ancianos, el dolor empieza con mayor frecuencia en el cuadrante inferior derecho, y puede no ser intenso hasta que se produce la perforación (23).

En el grupo de ancianos los pacientes en un alto porcentaje no pudieron describir como trastorno inicial la localización exacta del dolor, a lo cual se sumó el hecho de que el dolor fue siempre leve, lo que pudo ser causa de despreocupación que explica la tardanza para consultar en la cátedra.

En las apendicitis agudas de los jóvenes el dolor es de intensidad creciente, bien localizado desde su inicio, lo que determina una mayor rapidez para acudir a la consulta médica. (11)

Además existen pocas dudas de que la mayoría de los pacientes ancianos se quejan menos que los jóvenes de dolor y esta actitud estoica probablemente sea un componente muy importante en la demora en buscar atención médica. (24).

En los ancianos el cuadro clínico suele ser atípico. Son poco frecuentes la fiebre y los vómitos, y el examen físico suele ser anodino, con discreto dolor en F.I.D., con marcada distensión abdominal por ileo mecánico o paralítico.

En otros casos se presenta tumor en F.I.D, con o sin signos inflamatorios, como una obstrucción mecánica de intestino delgado de causa desconocida. (18).

La presencia de tumor en F.I.D. Suele crear dificultades diagnósticas pues se puede confundir con una neoplasia de colon derecho.

Para esquematizar podemos decir que en los ancianos existen 3 formas de presentación clínica. (6).

Forma oclusiva:

Los pacientes presentan un cuadro clínico y radiológico de una obstrucción aguda de intestino delgado, este se debe a adherencias alrededor del apéndice, que provocan acodamientos de las asas ileales.

Forma tumoral:

Otras veces la evolución solapada forma un plastrón, confundible con el cáncer de colon derecho.

Forma gangrenosa:

La atrofia de la pared apendicular y la disminución por edema o esclerosis de la arteria apendicular, que es terminal, son condiciones que favorecen la forma clínica más común de apendicitis en el anciano. Estos pacientes llegan a la consulta con peritonitis difusa con antecedentes mínimos. La fiebre y la respuesta leucocitaria están muchas veces normales.

Lo deseable y en muchos casos posible, es diagnosticar la apendicitis aguda antes de que se inicie la peritonitis (25).

El mayor riesgo de la mortalidad parece ser la demora en la búsqueda de asistencia médica y de la demora en el diagnóstico. (26) en la cátedra los diagnósticos de apendicitis aguda en los ancianos fueron confirmados dentro de la urgencia en el 87% de los casos, que es un porcentaje muy elevado, aunque en el 13% se operaron con el diagnóstico de oclusión intestinal.

Hay que reconocer que los cuadros clínicos de estos pacientes eran bastantes evidentes por la tardanza de los mismos para asistir a la consulta en la cátedra.

Según la literatura solo en la mitad de los casos se considera el diagnóstico de apendicitis aguda en el ingreso. Se encuentran los síntomas usuales pero son sutiles y difíciles de obtener. Debido a la evolución engañosa de la afección, el 70% de los enfermos presentan un apéndice roto en la intervención. (24)

Esto se ve claramente en el alto índice de perforaciones de nuestra serie de los pacientes ancianos que fue del 40 %, comparado con la serie de los jóvenes que fue del 10%, es que estos últimos consultan dentro de un tiempo prudencial en que el apéndice aún no se perfora, y el cuadro clínico es más típico.

Los días de internación prolongados en los ancianos (9 días), en relación a los jóvenes (3 días), pueden deberse a todos los factores que se citaron anteriormente.

Finalmente, la mortalidad de 0% de esta casuística es bastante llamativa y demuestra un progreso en el diagnóstico y en la terapéutica, considerando los dos trabajos anteriores sobre apendicitis aguda en los ancianos en la cátedra que muestran una mortalidad de 18,18%, entre

los años 1950 y 1981 (27) y de 4,5% entre los años 1982 y 1986.(18)

CONCLUSIONES

La apendicitis aguda en el anciano sigue siendo un problema médico grave, por las variaciones que sufre el cuadro clínico, en relación con la forma de presentación en los jóvenes.

El dolor espontáneo de poca intensidad, muchas veces mal localizado, sin la secuencia característica de comienzo epigástrico con ulterior desplazamiento a F.I.D., la menor frecuencia de náuseas y vómitos, de dolor y defensa muscular en F.I.D. de dolor a la descompresión en F.I.D. la ausencia de contractura, la hipertemia muchas veces

ausente, la respuesta leucocitaria menos marcada que en los jóvenes, hacen que el diagnóstico se dificulte notoriamente, aunque es importante aclarar que así como en los jóvenes el cuadro clínico puede ser atípico, a veces en los ancianos suele presentarse en la forma clásica.

A todo esto se suma el hecho de que los pacientes consultan tardíamente, y su tratamiento se ve dificultado por las patologías concomitantes.

A pesar de todo lo anterior hay que reconocer que como consecuencia del progreso de la medicina los resultados terapéuticos han mejorado en los últimos años, y mejoraremos más aún en la medida que sigamos insistiendo en su forma de presentación atípica, para que el médico de cabecera y el cirujano general siempre tengan en consideración la posibilidad de esta afección.

BIBLIOGRAFIA

1. Fitz, R.H.: Perforating inflammation of the vermiform appendix, with special reference to its early diagnosis and treatment, trans. Assoc. Am. Phys., 1986, 1:107.
2. Martinez, AR: Apendicitis aguda, Cir.Par., 1980, número extraordinario:1.
3. Giuliano, A: Las apendicitis agudas y crónicas, en Giuliano, A: Clínica y Terapéutica Quirúrgica, 3ª edición, Bs.Aires, Ateneo, 1976, 23.
4. Lewis, F.R., Holoroft, J.W., Boey, J., et al: Appendicitis: A critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases, Arch.surg., 1975, 110:677.
5. Goss, Ch.M. Aparato digestivo, en Goss, Ch.M. Gray, Anatomía, 29ª edición, Barcelona, Salvat, 1976, 1101.
6. Frutos, B. Apendicitis aguda, en Diaz E., S.: Cirugía, 1ª edición, Asunción, EFACIM, 1990, 515.
7. Robbins, S.L. Cotran, RS: Apéndice, en : Robbins, SL, Cotran, R.S. Patología estructural y funcional, 2ª edición, México, Interamericana, 1984, 927.
8. Way, LW: Apéndice, en Way, L.W. Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgicos, 5ª edición, México, El Manual Moderno, S.A. de C.V., 1987, 529.
9. Condon, R.E. Apendicitis, en Sabiston, D.C., Jr. Tratado de Patología Quirúrgica de Davis Christopher. Versión española de la 11ª edición en inglés, México, Interamericana, 1986, 1033.
10. Lee, JF, Leow, CK: Appendicitis in the elderly, Aust. N.Z. Surg. 2000, 70(8): 593-6
11. Storer, E.H: Apéndice, en: Schwartz, SI (ed): Principios de Cirugía. Vers. Española de la 4ª ed. En inglés Mc Graw Hill, 1987, 1242-53
12. Le Cudonnet, B., Utzman, O. Fagniez, PL, Bigot, J.M., et Ferrane, J.: Radiologie de L'appendice iléo-caecal. París, Editions Techniques, 1980, Radiodiagnostic IV N° 51; Fasc. 33473. A 10,6.
13. Horton, MD, Counter, SF, Florence, MG, Hart, M.J.: A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient, Amp. J. Surg., 200, 179 (5): 379-81
14. Díaz E, S. Diagnóstico de los cuadros agudos quirúrgicos del abdomen, en: Díaz E, S. Semiología Quirúrgica, 1ª edición, Asunción, EFACIM, 1987, 190.
15. Corbeta, R. Tratamiento quirúrgico de las peritonitis agudas generalizadas de origen apendicular sin drenaje de cavidad, Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A., 1993, Vol. XXV-n|1-2, 73
16. Barkan, GA. And Norris, A. Assessment of Biological age using a profile of physical parameters, J Gerontology, 1980, 35:177.
17. Riveros C, RL: Apendicitis aguda en el Anciano, Revista de la Asociación Médica Paraguaya, 1988, 16:12.
18. Frutos, B: Apendicitis aguda y ancianidad, Anales de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A., 1986, vol. XVIII 1-2: 175-183.
19. Thorbjarnarson, B. and Loehr, W: Acute appendicitis in patients over the age of sixty, surg., Gyn y Obst. 1967, 125: 1277.
20. Gutiérrez, LV, Lamy R, Abdomen agudo peritoneal en: Perera-García: Cirugía de Urgencia, 1ª edición, B. Aires, Panamericana, 1998, 277.
21. Pras, P., Bertrand, F. Dolores abdominales agudos, en: Pras, obre original francesa Urgences du sujet agé, Barcelona, Masson, 1994, 65.
22. Schwartz, SI: Apéndice, en: Schwartz- Shires- Spencer: Principios de cirugía, 6ª edición, México, Interamericana- Mc Graw-Hill, 1995, 1347.
23. Welch, CE, Tompkins, RG: Cirugía del tracto digestivo, en: El Manual Merck de Geriatria, versión española, Barcelona, Doima, 1992, 596.
24. Zinner, MJ: Apéndice y Colon, en: Maingot: Operaciones Abdominales, 10ª edición, México, Panamericana, 1998, 1105.
25. Silen, W : Apéndice, en: Silen, W: Abdomen agudo de Cope, 2ª edición, México, El manual Moderno, S.A. de C.V., 1994, 61
26. Telford, GL; Condon, RE, Apéndice, en: Zuidema: Cirugía del aparato digestivo, 3ª edición, México, Panamericana, 1993, 166.
27. Frutos, B: Apendicitis aguda en el anciano, Revista Paraguaya de Gerontología y Geriatria, 1982, 5:5.