



Apendicectomía laparoscópica en adultos para el tratamiento de la apendicitis aguda

B. Vacher

La apendicectomía es el tratamiento de la apendicitis aguda. Por tanto, se realiza casi exclusivamente en urgencia o en urgencia diferida. El acceso laparoscópico permite confirmar el diagnóstico y preservar la pared en caso que el apéndice esté en una posición inusual. La apendicectomía puede ser muy sencilla cuando el apéndice está en posición habitual y con una inflamación moderada, o muy difícil si su posición es inusual, si es muy patológico o si está adherido. El acceso con tres o cuatro trocares permite realizar este procedimiento en todos los tipos de apendicitis, siempre que se respeten las reglas de seguridad inherentes a la técnica laparoscópica, cuya importancia es aún mayor porque se trata de una intervención que se realiza en urgencia, en ocasiones por la noche y por parte de cirujanos menos expertos.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Apendicitis; Apendicectomía; Laparoscopia

Plan

■ Introducción	1
■ Reseña anatómica	2
■ Bases actuales del diagnóstico	2
Ecografía	2
TC abdominopélvica	2
■ Apendicitis aguda no complicada, en posición habitual	3
Técnica con tres o cuatro trocares	3
Variantes técnicas	6
■ Casos particulares	7
Apéndice subseroso retrocecal	7
Apéndice mesoceláico, infrahepático o pélvico	7
Apendicitis aguda complicada	7
■ Conclusión	9

■ Introducción

La apendicectomía es el tratamiento de la apendicitis aguda, aunque en la actualidad puede plantearse un tratamiento médico mediante antibióticos en las formas no complicadas, con una tasa de fracaso y de recidiva no desdeñable [1].

Desde la primera apendicectomía laparoscópica, realizada en la década de 1980 en Alemania por Semm [2] y después por Mouret en Francia, esta vía de acceso se ha

desarrollado progresivamente. Sin embargo, las recomendaciones de las distintas sociedades científicas francesas son contradictorias.

En 2006, según la Société Française de Chirurgie Digestive [3], los datos de la literatura no permitían recomendar la vía laparoscópica como alternativa a la laparotomía para el tratamiento de la apendicitis aguda no complicada, mientras que ese mismo año, la Société Française de Chirurgie Laparoscopique y la Société Française de Chirurgie Endoscopique [4], en la lectura de las conclusiones del estado de consenso de la European Association of Endoscopic Surgery [5], recomendaban la apendicectomía laparoscópica para el diagnóstico de la apendicitis aguda y su tratamiento.

Durante mucho tiempo, se ha considerado que la laparoscopia permitía evitar una apendicectomía inútil [6, 7], pero este argumento ha perdido su peso desde el desarrollo de la ecografía y de la tomografía computarizada (TC) [8]. Sus ventajas (confirmación del diagnóstico, disminución de las complicaciones parietales y de los riesgos de oclusión por bridas, reducción de la duración de hospitalización) se han descrito en muchos estudios [6, 7, 9].

Sus inconvenientes son los riesgos relacionados con la laparoscopia (herida vascular o digestiva) y el riesgo, controvertido, de aumentar la tasa de absceso profundo postoperatorio, observado en varios estudios, sobre todo en caso de apendicitis complicada con apéndice necrótico [10, 11], pero que no se constató en un metaanálisis de 2010 [12].

La laparoscopia parece estar particularmente indicada en las mujeres, los pacientes obesos [13] o los ancianos [7].

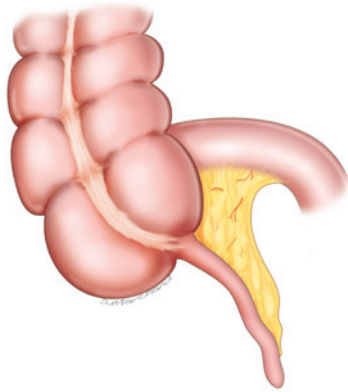


Figura 1. Apéndice en posición habitual.

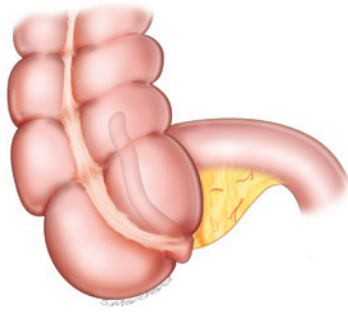


Figura 2. Apéndice retrocecal.

Parece muy discutible en las personas en quienes ya se ha realizado una laparotomía medial, en particular supraumbilical.

■ Reseña anatómica

La base de implantación del apéndice se sitúa siempre a alrededor de 2 cm por debajo de la unión ileocecal, en la confluencia de las tres tenias cólicas.

El apéndice se sitúa en la mayoría de los casos en una posición descendente laterointerna (Fig. 1). Su longitud es variable. Está unido a la cara posterior del mesenterio mediante un meso, que es largo en la mayoría de las ocasiones.

Existen posiciones inusuales:

- del apéndice:
 - laterocecal,
 - retrocecal, a veces en posición subserosa o intraparietal (Fig. 2),
 - pélvica,
 - mesocelíaca (Fig. 3);
- del ciego:
 - pélvico,
 - infrahepático.

■ Bases actuales del diagnóstico

La apendicitis aguda es la urgencia quirúrgica abdominal más frecuente [14]. Su diagnóstico se sospecha ante la presencia de dolor en la fosa ilíaca derecha y fiebre, pero es difícil si sólo se basa en los datos clínicos y de laboratorio. Sin embargo, la ausencia asociada de reacción parietal a la palpación abdominal, de temperatura mayor de 38 °C y de leucocitosis superior a 10.000/ml hace que la probabilidad de tener una apendicitis grave sea nula [15].

La palpación de una masa sensible o dolorosa hace sospechar un diagnóstico de absceso o de plastrón apendicular y justifica una prueba de imagen complementaria.

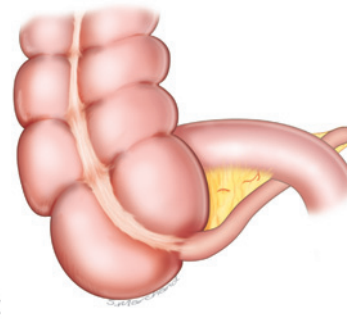


Figura 3. Apéndice mesocelíaco.



Figura 4. TC: apéndice con estercolito.

El objetivo de las pruebas de imagen es descartar un diagnóstico diferencial (tumor, ileítis, diverticulitis ileal o del colon derecho, patología ovárica, salpingitis, etc.) y, por tanto, disminuir las indicaciones de laparoscopia en caso de apéndice sano, así como detectar un apéndice en posición inusual o una complicación. Dos exploraciones que suelen estar disponibles fácilmente en un contexto urgente son la ecografía y la TC. La resonancia magnética (RM) se utiliza poco porque es cara y está poco accesible de urgencia, pero está particularmente indicada después de la ecografía en mujeres embarazadas.

Ecografía

Esta técnica que no conlleva irradiación debe considerarse como primera elección en pacientes jóvenes y en mujeres en edad fértil. Tiene una sensibilidad del 78-83% y una especificidad del 83-93% [16, 17].

En caso de apendicitis aguda, el apéndice no es compresible, mide más de 6 mm y tiene una pared de 3 mm de grosor. La grasa periapendicular tiene un aspecto hiperecogénico e infiltrado.

Esta exploración tiene sus limitaciones: el apéndice, patológico o no, puede que no se visualice. Existe un cierto número de falsos negativos, en particular en pacientes obesos o en caso de distensión del intestino delgado. Además, depende del radiólogo y de la calidad del ecógrafo.

TC abdominopélvica

Se realiza con inyección de contraste yodado (conlleva irradiación, por lo que está contraindicada en mujeres embarazadas); tiene una sensibilidad superior, del 91-94% y una especificidad del 90-94% [16, 17].

Su utilización permite reducir al 3% la tasa de intervención con apéndice sano [8].

El diagnóstico se realiza cuando se observa un apéndice aumentado de tamaño (>6 mm) con pared gruesa (3 mm) y una infiltración de la grasa periapendicular. La observación de un estercolito es un argumento adicional (Fig. 4).

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8725527>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8725527>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)