

Realizar una apendicectomía dentro de las 24 horas de comenzado el cuadro de apendicitis no modificaría los resultados

Performing appendectomy in the first 24 hours of the clinical presentation does not seem to modify outcomes.

Abou-Nukta F y col. Arch Surg. 2006; 141:504-6.

Objetivo

Determinar si la espera de 12 a 24 horas en la realización de una apendicectomía, con el fin de minimizar la alteración de la programación de quirófano y el número de cirugías nocturnas, afecta negativamente a los pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda.

Diseño

Cohorte retrospectiva* por revisión de historias clínicas.

Lugar

Connecticut, Estados Unidos.

Pacientes

309 adultos de 18 a 90 años con diagnóstico de apendicitis aguda confirmada por histopatológica. Criterios de exclusión: apendicectomías incidentales y más de 24 horas de evolución del cuadro clínico.

Medición de resultados principales

Días de internación, tiempo quirúrgico, tasa de perforación y complicaciones.

Resultados principales

Los pacientes fueron divididos en dos grupos: 1) cirugía "temprana" o dentro de las primeras 12 horas luego del diagnóstico incluyendo horarios nocturnos (n=233); 2) cirugía "tardía" o

entre 12 y 24 horas luego del diagnóstico y siempre durante horas diurnas (n=6). No hubo diferencias significativas en los resultados. Ver tabla 1.

Tabla 1: principales resultados.

	Cirugía temprana (n = 233)	Cirugía tardía (n = 76)		
Tiempo a la cirugía	6,7 +/- 2,7 hs	16,7 +/- 3,6 hs		
Duración de la internación	2,5 +/- 2,3 hs	2,9 +/- 1,8 hs		
Apendicitis avanzada	75 (32%)	28 (37%)	Diferencias no	
Duración de la cirugía	Laparoscopia	81 +/- 31 min.	81,5 +/- 31 min.	significativas
	Cirugía convencional	77 +/- 31 min.	86 +/- 33 min.	
Complicaciones	Absceso	6 (2%)	1 (1%)	
	Infección de la herida	2 (<1%)	1 (1%)	

Conclusiones

Una aproximación al tratamiento de la apendicitis que incluya la administración precoz de antibióticos endovenosos y la hidratación parenteral seguida de una apendicectomía programada no aumenta la tasa de complicaciones ni los tiempos de internación o de cirugía. Este enfoque permite mantener la agenda de quirófano dando lugar a las eventuales emergencias, además de maximizar el uso de recursos humanos y materiales.

Palabras clave: apendicectomía, cirugía tardía, cohorte retrospectiva.

Key words: appendectomy, late surgery, retrospective cohort.

Fuente de financiamiento: No referida.

Comentario

La apendicectomía es la cirugía abdominal más común en la emergencia y aproximadamente 8% de las personas sufrirá apendicitis en algún momento de su vida¹. Además siguen observándose casos de diagnóstico muy tardío, con sepsis, abscesos hepáticos, falla multiorgánica e incluso óbito. Su diagnóstico es difícil, especialmente en los menores de cinco años², ya que su cuadro clínico se confunde con dolores habituales, gastroenterocolitis y diarreas, siendo de vital importancia la evaluación precoz y la reevaluación por el especialista, la hidratación y el ayuno.

Si bien el estudio observacional que comentamos no mostró diferencias de resultado entre la resolución en agudo y una pequeña espera para acomodar los horarios de quirófano y evitar cirugías nocturnas, destacamos que no aleatorizó los grupos, por lo que estos que podrían no ser comparables desde el inicio. Como dato a favor vale mencionar que fueron equivalentes en relación a su temperatura y recuento de leucocitos al

ingreso (posibles variables confundidoras conocidas) y que los autores reconocen que quizás el estudio no contó con el poder suficiente para detectar una diferencia entre los grupos en relación a la tasa de complicaciones.

Conclusiones del comentarador

En nuestro medio podrían tomarse medidas similares en algunos centros. Sin embargo, es conocida la asimetría existente entre la medicina privada y la pública en cuanto a la accesibilidad de la población, lo que conlleva a consultas en estadíos más avanzados y automedicación más frecuente. Una vez tomada la decisión quirúrgica, con el paciente en ayunas, hidratado y medicado con antibióticos (eventualmente con analgésicos y antiácidos) es más importante la estabilización preoperatoria que la urgencia por ir a quirófano.

Ver glosario*

Marcelo Boer [Servicio de Cirugía Pediátrica Hospital Italiano Buenos Aires.]

Laura Bortolin [Estudiante de la Escuela de Medicina del Instituto Universitario Hospital Italiano Buenos Aires.]

Recibido el 05/02/2007 y aceptado el 12/04/2007.

Boer M, Bortolin L. Realizar una apendicectomía dentro de las 24 horas de comenzado el cuadro de apendicitis no modificaría los resultados. Evid. actual. práct. ambul; 10(2):40, mar-abr.2007. Comentado de: Abou-Nukta F, Bakhos C, Arroyo K y col. **Effects of delaying appendectomy for acute appendicitis for 12 to 24 hours.** Arch Surg. 2006 May; 141(5):504-6. PMID: 16702523.

Referencia

1. Addiss DG, Shaffer N, Fowler BS, et al. The epidemiology of appendicitis and appendectomy in the United States. Am J Epidemiol 1990; 132:910-925.
2. Kwok MY, Kim MK, Gorelick MH. Evidence-based approach to the diagnosis of appendicitis in children. Pediatr Emerg Care. 2004 Oct;20(10):690-8; quiz 699-701. Omundsen M, Dennett E.

