

Original

Apendicectomía Laparoscópica ¿Puede considerarse una técnica de elección?

Pagán Pomar, Alberto (*), García Sanz, Mario(**), Salinas García, Ramón (*), Soro Gonzalvez, José Antonio (***)

Resumen

Objetivo: Revisar nuestros resultados en la Apendicectomía laparoscópica tras un año de experiencia. Definir los tipos de apendicitis que pueden ser intervenidos por esta técnica.

Pacientes y método: En 27 pacientes se realizó una apendicectomía por vía laparoscópica.

Resultados: La apendicectomía blanca fue del 3% de los casos. El tiempo de cirugía fue de 55 minutos. La reconversión a apendicectomía abierta fue del 8%.

Conclusión: La apendicectomía laparoscópica es adecuada en el tratamiento de la apendicitis aguda. La peritonitis apendicular local o generalizada creemos que debe ser tratada por abordaje laparotómico para garantizar la limpieza de la cavidad.

Palabras clave: Laparoscopia de urgencia, Apendicectomía laparoscópica, Apendicitis aguda.

Introducción

La apendicectomía por abordaje laparoscópico fue descrita en 1982 por Semm (1).

(*) Adjunto servicio de cirugía. (**) Jefe clínico servicio de cirugía. (***) Jefe de servicio de cirugía.

La aceptación de esta técnica no ha sido amplia debido a la baja morbimortalidad de la técnica clásica y al aparataje necesario para su desarrollo.

Actualmente la vía laparoscópica en la cirugía de urgencia esta consiguiendo un lugar en el arsenal técnico de los cirujanos. Contribuye a la confirmación diagnóstica y ofrece las mismas ventajas que cualquier cirugía laparoscópica: menos dolor postoperatorio, una tolerancia digestiva temprana y alta hospitalaria precoz (2,3).

Presentamos nuestra experiencia en la apendicitis laparoscópica y los resultados obtenidos.

Pacientes y Método

Entre Noviembre de 1998 a Diciembre de 1999 hemos realizado 27 apendicectomías laparoscópicas en el Hospital Universitario de son Dureta. La edad media de los pacientes fue de 28 años (rango 16-59), de los que 10 eran varones y 17 eran mujeres.

La curva de aprendizaje no provocó un mayor número de reconversiones gracias a una selección adecuada de los pacientes.

Inicialmente no existieron criterios de exclusión. Posteriormente se estableció la presencia de peritonitis apendicular como criterio de exclusión.

Todos los pacientes reciben durante el acto quirúrgico profilaxis antibiótica con asociación de aminoglicosido y bactericida.

Método quirúrgico

Con el paciente en decúbito supino se inicia la cirugía mediante un abordaje umbilical con la introducción de un trocar de Hasson. Se crea el neumoperitoneo a una presión intraabdominal de 12 mmHG controlada automáticamente. Se introducen otros dos trocates, uno de 11 mm en línea media claviclar izquierda a la altura de la cresta iliaca y otro de 5 mm suprapúbico. Tras la exploración de la cavidad y localización del apéndice el paciente se coloca en posición de Trendelenburg

y se lateraliza 15° hacia la izquierda. El mesoapéndice se secciona mediante un bisturí ultrasónico y la base del apéndice mediante una Endogía de 35 mm. El apéndice se extrae mediante un Endo-bag. El lavado de la cavidad se realiza con suero fisiológico.

Datos valorados

Mediante una hoja de recogida se estudian los siguientes parámetros: a) Edad y sexo, b) Hallazgos clínicos, biológicos y anatomopatológicos, c) Complicaciones postoperatorias, d) Tiempo quirúrgico y e) Estancia postoperatoria.

Anatomía Patológica

Todos los apéndices fueron realizados microscópicamente y clasificados: a) normal, cuando no existían signos de inflamación aguda; b) apendicitis sin perforación (cuando el informe AP se refería a apendicitis flemosa, supurada o gangrenosa) y c) apendicitis con perforación (cuando existe pues libre en cavidad).

Resultados

el tiempo de evolución, tiempo operativo, inicio de tolerancia digestiva y la estancia hospitalaria se presentan en la tabla 1.

La Apendicectomía se realizó con éxito en 25 pacientes, precisando convertir a abordaje abierto (mc Burney) en 2 pacientes (8%): 1 paciente por sangrado de mesoapéndice y otro paciente por dificultad técnica por inflamación intensa. Las complicaciones fueron: 3 abscesos intraabdominales ubicados en fondo de saco de Douglas que se presentaron en pacientes con peritonitis aguda por apendicitis gangrenosa perforada que precisaron ingreso y drenaje transanal: Una eventración de una herida de trocar de la fosa iliaca izquierda que se reparó con anestesia local.

No ha existido infección de la herida quirúrgica en ningún caso.

Discusión

La apendicectomía laparoscópica fue descrita antes que la colecistectomía laparoscópica, a pesar de ello su aceptación no ha sido la misma. Los riesgos asociados a la apendicectomía clásica: infección de la herida quirúrgica en el 4-7% y la formación de adherencias postoperatorias que ocasionan un episodio de oclusión tardía entre el 2-5% de los casos hacen poco comprensible esta actitud (4).

Desde su descripción por Semm han sido descritas múltiples modificaciones técnicas 85-6) como variación en el número de trócares, la disección del mesoapéndice o de la base apendicular o aquellas relacionadas con las innovaciones tecnológicas: instrumentos de autosutura, aparición del bisturí armónico. Pero ningún autor cuestiona no se cuestiona la realización de la apendicectomía por abordaje laparoscópico. Esto no implica que dicha técnica sea aconsejable en todos los casos.

En las apendicitis gangrenosas o perforadas existe una mayor dificultad que aumenta cuando la localización del apéndice es retrocecal. Pudiendo ser realizada desde el punto de vista técnico, existe un mayor riesgo de reconversión y de complicaciones mayores postoperatorias que cuestionarían el abordaje laparoscópico (7).

El tiempo quirúrgico, factor de escasa importancia, que desde la introducción de la técnica laparoscópica se usa como referencia en la curva de aprendizaje es de 55 minutos aproximadamente.

Existe una gran dificultad para realizar el lavado intraabdominal por la costosa movilización de las asas intestinales ante el riesgo de perforación. Creemos que éste factor limita el uso de la técnica ya que nosotros hemos tenido como complicación mayor la presencia de tres abscesos en Douglas en pacientes con peritonitis purulenta siendo la causa más probable un lavado deficiente de la cavidad abdominal. Actualmente realizamos una ecografía abdominal en aquellos pacientes en los que se sospecha un absceso intraabdominal o

una peritonitis por el estudio clinicobiológico descartándose en ellos el abordaje laparoscópico cuando se confirma esta sospecha.

Nuestro índice de reconversión a laparotomía se sitúa en el 8% de los casos, similar al de otras series revisadas a pesar de tener una experiencia reducida en la laparoscopia de urgencia (4,8,9). La curva de aprendizaje no provocó un mayor número de reconversiones gracias a una selección adecuada de los pacientes.

Llama la atención la baja incidencia de infección en la herida quirúrgica, que en las series consultadas es del 0-4%(4,7,8,9) y que en la nuestra ha sido del 0%: Este descenso se debe probablemente a la extracción del apéndice bajo la protección de una bolsa de plástico que hemos usado en todos los casos.

Otros autores refieren también un descenso de las complicaciones tardías como el número de obstrucciones intestinales por adherencias o de eventraciones de herida quirúrgica al realizar el abordaje laparoscópico.

La estancia hospitalaria se reduce en todas las series revisadas. Nuestros resultados la sitúan en dos días. Algunos pacientes han tenido una estancia menor de

24 horas al practicar la cirugía la tarde anterior.

Finalmente el mínimo traumatismo del acceso abdominal y como consecuencia sus resultados estéticos junto con la baja o nula infección de las heridas quirúrgicas deben ser valorados.

Conclusión

Al igual que la colelitiasis obtiene múltiples ventajas en la técnica laparoscópica, otras enfermedades podrán en el futuro beneficiarse de la cirugía mínimamente invasiva.

Entre ellas, el tratamiento laparoscópico de la apendicitis aguda, podrá obtener sin duda beneficios en su desarrollo con un menor número de complicaciones (eventraciones, oclusiones por adherencias, infecciones de herida quirúrgica), menor sufrimiento por vía laparoscópica en todas las apendicitis salvo gangrenosas perforadas. La limitación del abordaje se halla en la necesidad de efectuar una limpieza abundante de la cavidad abdominal en la peritonitis generalizada. Hasta que no se desarrollen nuevos materiales que faciliten la limpieza correcta y cómoda de la cavidad preferimos realizar el abordaje clásico en la peritonitis difusa.

Bibliografía

- 1.- Semm K. endoscopic appendicec-tomy. *Endoscopy* 1983; 15:59-64.
- 2.- Saye Wb, Rives DA, Cochran EB. Laparoscopic appendectomy: three years experience. *Surg Laparosc Endosc* 1991; 1: 109-115.
- 3.- Estour E. Appendicectomy par coelioscopie. A propos d'une serie de 130 cas. *Lyon Chir* 1991; 1991; 87: 446-448.
- 4.- Planells MV, García R, Moya A y Rodero D. Apendicectomía laparoscópica frente a apendicectomía tradicional. Estudio prospectivo de 93 casos consecutivos. *Cirugía Española* 1994; 56: 208-213.
- 5.- Byrne DS, Bell G, Morrice JJ, Orr G. Technique for laparoscopic appendectomy. *Br J Surg* 1992; 79: 574-575.
- 6.- Bryan LT. Laparoscopic appendectomy: A simplified technique. *J Laparoendosc Surg* 1992; 2:343-350.
- 7.- Moya A, Rodero D, García R, García P, Galeano J, López C, Calvo V. Apendicectomía laparoscópica: ¿ tiene limitaciones en la apendicitis aguda?. *Cirugía Española* 1996; 59: 469-472.
- 8.- Lujan JA, Parrilla P, Robles R, Soria V, Torralba J, Lirón R, Moreno A. Apendicectomía por laparoscopia. Indicaciones y resultados. *Cirugía Española* 1994; 56: 43-46.
- 9.- *Cirugía laparoscópica en la apendicitis aguda. Resultados en una serie de 117 enfermos.* Pardo JL, Domingo PD, López F, González B, Martín JG, Martín L, Vicente M, Chamorro A, Del Pozo M. *Cirugía Española* 1996; 59: 39-42.

	Tiempo de evolución (horas)	Tiempo quirúrgico (min.)	Tolerancia digestiva (horas)	Estancia (días)
Normal	12	50	4	1,7
A no perforada	30 (12-48)	50 (20-90)	4 (2-12)	2 (0,5-7,4)
A perforada	51 (24-60)	65 (40-70)	40 (8-72)	7,8 (1,7-18)

Tabla 1. Tiempo de evolución, Tiempo quirúrgico, tolerancia digestiva y estancia hospitalaria.