

11209
2 ej. 18

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA

APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
EXPERIENCIA EN EL I.N.N.S.Z.

T E S I S
PARA OBTENER EL TITULO EN
C I R U G I A G E N E R A L

DR. JOSE CRUZ DE LA TORRE GONZALEZ

INSTITUTO NACIONAL DE LA NUTRICION "SALVADOR ZUBIRAN"

1984

FALLA DE ORIGEN



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I. ANTECEDENTES

El diagnóstico de la Apendicitis Aguda continúa siendo un reto para el médico. En efecto, desde que en 1986 el Dr. Reginadl Fitz hizo la primera publicación sobre la Apendicitis Aguda como una entidad clínica definida - en su artículo "Perforating inflammation of the Vermiform Appendix with special reference to its early diagnosis and treatment" (1), y luego de que, poco después, el Dr. Mc. Burney hiciera la descripción del cuadro clínico temprano de la Apendicitis Aguda no perforada (1), esta urgencia quirúrgica ha llegado a ocupar el primer lugar entre las situaciones quirúrgicas abdominales agudas (1, 2,3). Sin embargo, la notoria variabilidad en su presentación clínica, sobre todo en los extremos de la vida, - que la apartan tanto y tan frecuentemente del cuadro clínico clásico, hacen que el diagnóstico sea difícil e incierto en un gran porcentaje de los casos (1,2,4).

La mortalidad, por otro lado, ha ido disminuyendo desde 1930 hasta estabilizarse en alrededor de un 0.2% en los últimos 20 años. Esto se debe al mejor conocimiento de la historia natural de la enfermedad y a la generalización del criterio de una admisión hospitalaria y de una intervención quirúrgica tempranas (1,3). Lo anterior no es aplicable al grupo de pacientes de edad avanzada en

el que la Apendicitis Aguda toma un curso más agresivo - debido a que los cambios vasculares propios de la edad - provocan una oclusión vascular más temprana lo que resulta en perforación y gangrena isquémica (3).

Por otra parte, el advenimiento de modernos avances terapéuticos en el tratamiento de padecimientos, hasta hace poco considerados como incurables, ha mejorado y prolongado la sobrevivencia de muchos pacientes que anteriormente eran desahuciados. Este grupo de enfermos se encuentra en un alto riesgo de desarrollar complicaciones quirúrgicas graves, lo que parece estar relacionado tanto con la enfermedad subyacente como con su tratamiento (5).

El estado de inmunosupresión en que se encuentra esta población, condicionado tanto por la enfermedad de base como por el tratamiento de la misma, dificulta de manera considerable el diagnóstico de las entidades quirúrgicas abdominales agudas que pueda llegar a presentar. Esto se debe a que la depresión inmunológica, por variados y complejos mecanismos muchos de ellos aún desconocidos impiden una respuesta adecuada ante la situación quirúrgica aguda. Lo atípico de la presentación clínica que lo anterior implica se ve aun más enmascarado por el hecho

de que las manifestaciones clínicas pueden simular la fase terminal de una neoplasia maligna o aparecer como parte de toxicidad por drogas. La mayor susceptibilidad a la infección por parte de estos pacientes puede, asimismo, acelerar o desviar el proceso morboso con la consiguiente alteración del cuadro clínico (5,6,7).

1.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Justificación.

En la literatura médica mundial no existe ningún trabajo científico que analice la Apendicitis Aguda en el Paciente Inmunocomprometido. La información de que se dispone es escasa, limitada y anecdótica de la que no puede extraerse ninguna conclusión válida. La importancia de conocer la Historia Natural de la enfermedad en este grupo de pacientes radica en que la impresión general es de que es totalmente atípica con la consiguiente elevación de la morbi-mortalidad, pues el diagnóstico se hace tardíamente a causa del cuadro clínico tan anómalo. Lo anterior nos obliga a tratar de identificar los datos clínicos o de laboratorio que permitan diagnosticar en forma temprana este padecimiento y de esta manera abatir su elevada morbi-mortalidad.

El papel de la cirugía en estas circunstancias debe ser reevaluado ante este problema relativamente nuevo, pues hasta hace poco tiempo, la alta mortalidad de estos pacientes que alcanzaba casi el 100% había relegado la intervención quirúrgica a un plano secundario. Sin embargo en la actualidad la sobrevida es muy halagüeña tanto de la enfermedad de base como de la complicación quirúrgica (6,7).

Este estudio ha sido posible gracias a que las disciplinas médicas y quirúrgicas que se cultivan en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán", permiten reunir un número considerable de pacientes que se encuentran en estado de inmunosupresión como pacientes trasplantados de riñón, hematológicos, reumatológicos, diabéticos y portadores de neoplasias malignas bajo tratamiento con quimioterapia, entre otros.

1.2. Objetivos.

1.2.1. Conocer si el cuadro clínico del paciente inmunocomprometido con Apendicitis Aguda se comporta en forma diferente al descrito clásicamente para el resto de la población general; es decir, si su comportamiento es atípico. En igual forma conocer si la morbi-mortalidad es

mayor.

1.2.2. Identificar manifestaciones clínicas o de laboratorio que permitan diagnosticar tempranamente esta enfermedad.

1.2.3. Evaluar el papel de la cirugía en la resolución del problema y precisar la conducta más adecuada ante este problema relativamente nuevo.

1.3. Hipótesis.

La hipótesis de este trabajo es que la Apendicitis Aguda en el Paciente Inmunocomprometido tiene un curso atípico y una morbi-mortalidad mayor en comparación con el grupo de pacientes que sólo presentan Apendicitis Aguda sin ninguna otra enfermedad subyacente.

II.- MATERIAL Y METODOS

Se analizaron en forma retrospectiva los expedientes de todos los pacientes con diagnóstico de Apendicitis Aguda ratificado mediante estudio histopatológico, en quienes además se había establecido el diagnóstico de alguna enfermedad que los incluía dentro del grupo de enfermos -- Inmunocomprometidos. Esto se llevó a cabo en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán" en el período comprendido entre enero de 1978 y marzo de 1984.

De la misma manera se analizó un número igual de expedientes de un grupo de enfermos semejantes en cuanto a edad y sexo como grupo control, en quienes el diagnóstico histopatológico fue de Apendicitis Aguda estando previamente sanos. Ambos grupos fueron intervenidos quirúrgicamente en el sitio y período antes señalados.

En cada caso se investigó: edad, sexo, curso clínico, -- exámenes de laboratorio y gabinete, tratamiento, complicaciones y evolución postoperatoria. En el grupo de pacientes inmunocomprometidos se hizo énfasis en el análisis de la enfermedad de base y en la terapia inmunosupresiva reciente.

La validez estadística de las variables fue evaluada mediante la prueba de Chi cuadrada.

III.- RESULTADOS Y DISCUSION

Edad y Sexo:

La Tabla 1 resume estas dos variables. El promedio de edad (\bar{x}) fue de 44.3 años con un rango de 21 a 75 para los pacientes inmunocomprometidos y de 46.2 con rango de 22 a 80 en el grupo control. Esto se encuentra por arriba de lo informado en la literatura médica mundial, con respecto a la Apendicitis Aguda en general (1,2). La explicación lógica sería que la selección de estos pacientes con base en un padecimiento subyacente modificó la distribución natural en lo relativo a la edad.

En cuanto al sexo, pudo observarse una predominancia del femenino sobre el masculino, 56.7 y 43.3% respectivamente, lo que también está en contra de lo publicado (1,2) y cuya explicación sería la misma que para la edad.

Etiología del estado de inmunosupresión;

Los padecimientos de base responsables del estado de inmunosupresión se encuentran enlistados en la Tabla 2. Llama la atención que el 30% de los casos esté representado por la Diabetes Mellitus, lo que se explica por el hecho de que el INNSZ es un centro de concentración de -

este tipo de pacientes. El porcentaje restante está -- conformado por los padecimientos que más frecuentemente son vistos en la mencionada Institución. Todos estaban recibiendo, a dosis efectivas, uno o varios medicamentos depresores de la respuesta inmune, a excepción de los pacientes con Diabetes Mellitus, con Cirrosis Hepática, -- con Tuberculosis, con Insuficiencia Renal y con Aplasia Medular.

Cuadro Clínico:

El síntoma principal lo constituyó el dolor que estuvo -- presente en el 100% de ambos grupos, como se puede obser-- var en la Tabla 3. Sin embargo, las características -- del dolor tuvieron una diferencia estadísticamente signi-- ficativa ($p < .01$) entre ambos grupos (Tabla 5), de tal -- suerte que en los pacientes inmunocomprometidos este da-- to fue de escaso valor para el diagnóstico de Apendici-- tis Aguda, debido a su anomalía. El resto de síntomas -- tuvo una frecuencia similar entre ambos grupos y en rela-- ción a lo informado en la literatura (4,8,9,13).

Los hallazgos físicos que se encuentran resumidos en la Tabla 4, muestran una anomalía en el porcentaje de su presentación dentro del grupo de inmunocomprometidos en comparación con el grupo control y con lo informado en --

la literatura (4,8.9), sin embargo, esta diferencia no es significativa desde el punto de vista estadístico y tal vez esto se deba al tamaño de la muestra. Por otra parte, al analizar la frecuencia de la presentación del cuadro típico, entendido este como dolor de inicio periumbilical con migración posterior a fosa ilíaca derecha o de inicio en esta última zona, dolor a la palpación y rebote en el mismo sitio además de la positividad de los signos de Psoas y del Obturador, pudo obtenerse una diferencia significativa (Tabla 6) entre los grupos estudiados, en el sentido de que el cuadro clínico en los pacientes inmunocomprometidos tienen un curso anómalo, confirmándose así, la primera parte de la hipótesis de este trabajo.

El análisis de la duración de los síntomas desde el inicio del padecimiento hasta su resolución quirúrgica (Tabla 7) exhibe un retardo en la operación en el grupo problema al compararlo con el grupo control, aunque la diferencia no tiene validez estadística. A pesar de ello nos corrobora el hallazgo de que el error en el diagnóstico preoperatorio es del 50% en el caso del grupo problema (Tabla 8) lo que sí tiene significado estadísticamente hablando ($p < .01$), en comparación con el grupo control donde el error diagnóstico fue sólo del 23.3%, ci--

fra que va más de acuerdo a lo descrito en la literatura (4,8,9).

La fiebre estuvo presente en el 43.3% del grupo problema contra un 30% del control. La diferencia no es significativa, pero llama la atención que este signo se identificará más frecuentemente en el grupo de inmunocomprometidos que en el control, pues es bien conocido que en -- aquél suele no presentarse como consecuencia de su mismo estado de inmunosupresión. Esto puede explicarse porque la duración del padecimiento fue mayor en ellos, dando oportunidad a que se desarrollaran las consecuencias propias de esta enfermedad cuando no se resuelva a tiempo, específicamente la formación de abscesos intrabdominales, con la consecuente aparición de fiebre (12).

Se encontró Leucocitosis en el 60% de los casos del grupo problema con un promedio (\bar{X}) de 11,253 leucocitos/mm³ contra un 56.7% y un promedio (\bar{X}) de 12,687 en el grupo control. No existe diferencia significativa. Sin embargo, es de llamar la atención el alto porcentaje de -- elevación de la cuenta leucocitaria en el grupo de inmunocomprometidos pues es bien sabido que como parte de su estado inmunitario, estos enfermos no suelen desarrollar leucocitosis. Nuevamente aquí invocamos el hecho de --

que el retardo en el diagnóstico lleva a la formación de abscesos intrabdominales con la consiguiente posibilidad de que la cuenta leucocitaria se eleve. Por otra parte el porcentaje de elevación leucocitaria en el grupo control es baja con respecto a lo informado en la literatura (12). Todo lo anterior nos hace pensar que la leucocitosis no es un dato de mucho valor en el diagnóstico de la Apendicitis Aguda en estos enfermos; la aparición de formas jóvenes es significativa tardíamente por lo -- que es de escaso valor.

Tratamiento Quirúrgico:

La Tabla 9 muestra los procedimientos quirúrgicos realizados. Se puede apreciar que en el grupo de enfermos inmunocomprometidos hubo un mayor número de casos que requirieron de drenaje de abscesos intrabdominales. La incisión más frecuente fue la paramedia derecha, que manifiesta una preferencia local más que una necesidad para resolver el problema puesto que aún en los casos de apendicectomía simple esta incisión fue la más utilizada. La Tabla 11 resume los hallazgos quirúrgicos, que concuerda en términos generales con los definitivos del estudio -- histopatológico y que se encuentran analizados en la Tabla 12. Ahí se considera, con validez estadística -- ($p < .01$), que los casos de los pacientes inmunocomprometi

dos se encontraron en un estado más avanzado de la enfermedad.

Con respecto a los drenajes, se utilizaron únicamente tubos blandos en cuatro pacientes (13.3%) del grupo problema y con tubos rígidos más blandos en 14 (46.6%). En el grupo control en dos casos (6.6%) se utilizó penrose como única medida y en nueve (30%) tubos rígidos más penrose. La herida se dejó abierta en 13 casos (43.3%) semicerrada en tres (9.9%) y cerrada en el resto del grupo - problema y en el control 20 casos (66.6%) fueron cerrados de primera intención, se dejó abierta en seis (20%) y semicerrada en tres casos (9.9%).

En cuanto a la utilización de antimicrobianos, no fue -- posible realizar un análisis estadístico adecuado a causa de la variabilidad de criterio. Sin embargo, la mayoría de los casos en que se utilizaron, incluyó un triple esquema con penicilina, un aminoglucósido (Gentamicina y Amicacina) y Clindamicina o Metronidazol, aunque se usaron otros esquemas como el de Ampicilina más un aminoglucósido. La duración promedio fue de dos semanas, con -- una iniciación más frecuente en el postoperatorio inmediato.

Complicaciones:

Las complicaciones principales fueron la infección y dehiscencia de la herida. Hubo necesidad de reoperar a tres pacientes, dos inmunocomprometidos y uno del grupo control, por obstrucción intestinal. Otros dos pacientes fueron reoperados para drenaje de sendos abscesos intrabdominales. Ambos pertenecieron al grupo de pacientes inmunocomprometidos (Tabla 13).

Al hacer el análisis estadístico comparativo entre ambos grupos se encontró una $p < .02$. Con ello se prueba la segunda parte de la hipótesis que sostiene este trabajo.

Mortalidad:

Hubo cinco pacientes que fallecieron en el grupo de inmunocomprometidos (16.6%) y uno sólo en el grupo control (3.3%), lo cual tiene validez estadística. Con ello se prueba la tercera parte de la hipótesis que fundamenta este estudio.

Las causas de muerte se encuentran analizadas en la Tabla 14. La principal fue la falla multiorgánica secundaria a septicemia. El promedio de sobrevivencia postoperatoria fue de nueve días.

Es notoria la mortalidad tan elevada que se observó en los pacientes inmunocomprometidos. La explicación plausible parece estribar en la rapidez con que desarrollan septicemia que a su vez se explicaría por su precaria -- condición inmunológica. Los mecanismos íntimos son complejos y muchos de ellos aun desconocidos (12). Por -- otra parte el retardo en el tratamiento quirúrgico fue -- un factor determinante en el desarrollo del estado séptico puesto que permitió un tiempo suficiente para que, en un terreno fértil, se gestara esa complicación fatal.

Estancia Hospitalaria:

Aunque fue notoriamente mayor en el grupo problema, no -- alcanzó una significancia estadística como se observa en -- la Tabla 15.

Evolución Posterior:

El período de seguimiento fue de dos semanas en promedio. En este tiempo 21 pacientes se recuperaron totalmente -- del problema apendicular, uno permanecía con la herida -- infectada dentro del grupo problema. En el grupo con -- trol 22 se encontraban totalmente recuperados, uno perma -- necía con la herida abierta y el resto se perdieron.

IV.- CONCLUSIONES

1. Las manifestaciones clínicas de la Apendicitis Aguda en el paciente inmunocomprometido son atípicas, vagas e inespecíficas, lo que dificulta de manera considerable el diagnóstico temprano de esta enfermedad.
2. No se identificó algún dato clínico específico, orientador de la enfermedad que permita establecer el diagnóstico precozmente. Tal vez en estos casos el colon por enema pueda ser de utilidad y la aspiración por punción abdominal (5,6,7), con el estudio bacteriológico de su contenido puede añadir información adicional.
3. El error diagnóstico inicial es alto en nuestro medio, alcanzando hasta un 50% en el presente estudio.
4. La morbilidad y la mortalidad es estadísticamente superior a la observada en el grupo control.
5. El papel de la cirugía es fundamental. Debe intervenir lo más tempranamente posible ante la menor sospecha de Apendicitis Aguda. Si se toma en cuenta que los pacientes que murieron fueron operados después de

72 horas de evolución del padecimiento a consecuencia de la rapidez con que desarrollan septicemia resultan te de su condición de depresión inmunológica.

TABLA 1
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO

EDAD EN AÑOS	INMUNOCOMPROMETIDOS				GRUPO CONTROL			
	M		F		M		F	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
21 A 30	3	9.9	3	9.9	2	6.7	2	6.7
31 A 40	2	6.7	3	9.9	3	9.9	5	16.7
41 A 50	2	6.7	3	9.9	3	9.9	3	9.9
51 A 60	2	6.7	4	13.6	1	3.4	4	13.4
61 A 70	3	9.9	2	6.7	3	9.9	2	6.6
71 A 80	1	3.4	2	6.7	1	3.4	1	3.4
T O T A L	13	43.3	17	57.7	13	43.3	17	56.7

TABLA 2
 APENDICÍTIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 ENFERMEDAD PRIMARIA

PADECIMIENTO	No. PACIENTES	%
DIABETES MELLITUS	9	30.0
CIRROSIS HEPATICA	4	13.4
TUBERCULOSIS	3	9.9
INSUFICIENCIA RENAL	3	9.9
LEUCEMIA AGUDA	3	9.9
LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO	3	9.9
LINFOMA	2	6.8
APLASIA MEDULAR	1	3.4
CARCINOMA DE COLON	1	3.4
TRASPLANTADO DE RINON	1	3.4
T O T A L	30	100

TABLA 3
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 CUADRO CLINICO

S I N T O M A	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
DOLOR	30	100	30	100
NAUSEA	19	63.4	20	66.7
VOMITO	16	53.4	17	56.7
DIARREA	8	26.6	5	16.6
ANOREXIA	12	40.0	12	40.0
CONSTIPACION	11	36.6	9	30.0

TABLA 4
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 CUADRO CLINICO, HALLAZGOS FISICOS Y DE LABORATORIO

H A L L A Z G O S	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
HIPERSENSIBILIDAD EN F.I.D.	18*	60.0	25	83.3
REBOTE	14*	46.6	20	66.7
RESISTENCIA MUSCULAR	7	23.3	8	26.6
DOLOR DIFUSO	4*	13.4	1*	3.3
REBOTE REFERIDO	0	0.0	1	3.3
DISMINUCION DE LOS RUIDOS INTESTINALES	12*	40.0	8*	26.6
DISTENSION ABDOMINAL	6	20.0	6	20.0
MASA PALPABLE	5	16.6	4	13.4
DOLOR RECTAL	9*	30.0	17*	56.7
LEUCOCITOSIS	18	60.0	17	56.7
FIEBRE	13*	43.3	9*	30.0

* $\chi^2 = 5.0$ NO SIGNIFICATIVO

TABLA 5
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 CUADRO CLINICO

S I N T O M A S	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC	%
DOLOR:				
- FOSA ILIACA DERECHA	4	13.4	10	33.4
- PERIUMBILICAL	3	9.9	9	30.0
- VAGO	12	40.0	6	20.0
- DIFUSO	11	36.7	5	16.6
T O T A L	30	100.0	30	100.0

P < .01

TABLA 6
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 CUADRO CLINICO

CUADRO CLINICO	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
TIPICO	7	23.3	19	63.3
ATIPICO	23	76.7	11	36.7
TOTAL	30	100.0	30	100.0

P < .01

TABLA 7
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 CUADRO CLINICO. DURACION DE LOS SINTOMAS

DURACION EN DIAS	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
0 - 1	2	6.6	10	33.4
1 - 2	12	40.0	11	36.7
2 - 3	8	26.7	5	16.6
MAS DE 3	8	26.7	4	13.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

TABLA 8
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 CUADRO CLINICO. DIAGNOSTICO PREOPERATORIO

DIAGNOSTICO	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
CORRECTO	15	50	23	76.7
INCORRECTO	15	50	7	23.3
TOTAL	30	100	30	100.0

P < .01

TABLA 9
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 TIPO DE OPERACION

O P E R A C I O N	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
APENDICECTOMIA SIMPLE	12	40.0	20	66.7
APENDICECTOMIA MAS DRENAJE DE ABSCESO PERIAPENDICULAR	10	33.4	6	20.0
APENDICECTOMIA MAS DRENAJE DE ABSCESO INTRABDOMINAL	5	16.7	2	6.7
APENDICECTOMIA MAS DRENAJE MAS LIBERACION DE ADHERENCIAS	3	9.9	1	3.3
RESECCION INTESTINAL	0	0	1	3.3
T O T A L	30	100.0	30	100.0

TABLA 10
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 TRATAMIENTO QUIRURGICO

TIPO DE INCISION	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
PARAMEDIA DERECHA	24	80	23	76.7
MEDIA	6	20	5	16.7
PARARRECTAL	0	0	1	3.3
SUBCOSTAL DERECHA	0	0	1	3.3
T O T A L	30	100	30	100.0

TABLA 11
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 TRATAMIENTO QUIRURGICO

HALLAZGOS QUIRURGICOS	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
APENDICITIS AGUDA	10	33.3	18	60.0
APENDICITIS AGUDA PERFORADA	7	23.4	4	13.4
ABSCESO PERIAPENDICULAR	7	23.4	4	13.4
ABSCESO PERIAPENDICULAR CON PERITONITIS GENERALIZADA	5	16.6	3	9.9
INFILTRACION POR LINFOMA	1	3.3	0	
APENDICITIS NECROSANTE	0		1	3.3
T O T A L	30	100.0	30	100.0

TABLA 12
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

D I A G N O S T I C O	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
APENDICITIS AGUDA	6	20.0	17	56.7
APENDICITIS AGUDA PERFORADA	4	13.4	3	9.9
APENDICITIS AGUDA PERFORADA MAS ABSCESO PERIAPENDICULAR	10	33.3	6	20.0
APENDICITIS AGUDA MAS PERIAPENDICITIS	10	33.3	4	13.4
T O T A L	30	100.0	30	100.0

P < .01

TABLA 13
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNOCOMPROMETIDO
 COMPLICACIONES QUIRURGICAS POSTOPERATORIAS

COMPLICACION	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
NINGUNA	18	60.0	24	80.0
INFECCION DE LA HERIDA	5	16.6	4	13.4
DEHISCENCIA DE LA HERIDA	3	9.9	0	0
OBSTRUCCION INTESTINAL	2	6.6	1	3.3
FISTULA FECAL	2	6.6	1	3.3
TOTAL	30	100.0	30	100.0

P < .02

TABLA 14
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNCOMPROMETIDO
 CAUSAS DE MUERTE

C A U S A	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
FALLA MULTIORGANICA POR SEPSIS	4	13.3	1	3.3
INFARTO MIOCARDICO	1	3.3	0	0
T O T A L	5	16.6	1	3.3.

TABLA 15
 APENDICITIS AGUDA EN EL PACIENTE INMUNCOMPROMETIDO
 ESTANCIA HOSPITALARIA

ESTANCIA-DIAS	INMUNOCOMPROMETIDOS		GRUPO CONTROL	
	No. PAC.	%	No. PAC.	%
2	0	0	3	9.9
3	2	6.6	1	3.3
4	2	6.6	4	13.3
5 A 8	8	16.6	6	20.0
9 A 16	12	40.0	5	16.6
17 A 22	3	9.9	3	9.9
23 A 31	3	9.9	8	26.6
T O T A L	30	100.0	30	100.0

$\chi^2 = 4.69$ NO SIGNIFICATIVO

B I B L I O G R A F I A

- 1.- Schwartz.: Principles of Surgery. Mc-Graw-Hill Book - Company 1984.
- 2.- Maingot.: Abdominal operations. Appleton-Century - Crofts. 1980. P. 1431.
- 3.- Thorbjarnarson, B., Loehr, W. J.: Acute Appendicitis in the Elderly. Ann. Surg. 187:392, 1978.
- 5.- Kuffer, F., Fortner J., Murphy, M.L.: Surgical Complications in Children Undergoing Cancer Therapy. - Ann. Surg. 167:215, 1968.
- 6.- Foker, E. J., Schwartz, R., Smith, D.C. & Matas, A.: Surgical Problems in immunodeficient and immunosuppressed children. Surg. Clin. North. Am. 59:213, 1979.
- 7.- Schaller, T.R., Schaller F. J.: The Acute Abdomen - in the Immunologically Compromised child. J. Pediatr. Surg. 18: 937, 1983.
- 8.- Wolff, W.I. & Hidman, R.: Acute Appendicitis in the Aged. Surg. Gyn. Obst. 94:239, 1952.
- 9.- Peltokallio, P. & Jauhiainen, K.: Acute Appendicitis in the Aged patient. Arch. Surg. 100:140, 1970.
- 10.- Koepsell, D.T., Invi, S.T. & Farewell, V.T.: Factors Affecting Perforation in Acute Appendicitis. Surg.

Gyn. Obst. 153:508, 1981.

- 11.- Hubbel, S.D., Barton, W.K. & Solomon, O.D.: -
Leukocytosis in Appendicitis in Older Persons.
J.A.M.A.: 175: 163, 1961.
- 12.- Grieco, M.H.: Infections in the Abnormal Host.
Yorke Medical Books., 1980, p.1.
- 13.- Hubbell, S.D., Barton, W.K. & Solomon, O.D.: -
Appendicitis in Older people. Surg. Gyn. Obst.
110:289, 1960.