

11209

2 ej 83



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Secretaría de Marina
Armada de México
Centro Médico Naval

DIAGNOSTICO TEMPRANO DE APENDICITIS ¿UN RETO?

Trabajo de Investigación Clínica

Para obtener la especialidad en:

CIRUGIA

P r e s e n t a :

Dr. Francisco Sicilia Argumedo

Director:

DR. RODRIGO OCTAVIO ROJAS DIAZ

Profesor del Curso:

DR. CARLOS E. GOMEZ LLATA Y TAVIZON

Coordinador de Enseñanza:

DR. JOAQUIN CORRES SOTO

1985

FALLA PR. ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 N D I C E

Pag.

SECCION I	Justificación	1
SECCION II	Objetivos	2
SECCION III	Introducción	3
SECCION IV	Algoritmo de la Apendicitis	6
SECCION V	Diagnóstico de Apendicitis	9
SECCION VI	Alternativas en la laparotomía con .. Diagnóstico de Apendicitis	14
SECCION VII	Material y Métodos	15
SECCION VIII	Resultados	17
SECCION IX	Discusión	30
SECCION X	Conclusiones	33

I N D I C E

	Pag.
SECCION XI	
Análisis Comparativo	34
SECCION XII	
Bibliografía	35

JUSTIFICACION

La apendicectomía es la intervención quirúrgica abdominal de urgencia que con mayor frecuencia realiza el cirujano general.

Los reportes bibliográficos mencionan distintas cifras de morbimortalidad, dependiendo de la etapa evolutiva del padecimiento, con una morbilidad del 3.1 - al 47% y una mortalidad del 1.3%.

La justificación real de este trabajo es conocer la incidencia actual de la morbimortalidad de la apendicectomía en el Centro Médico Naval, valorando los cambios que se han efectuado en su manejo, y comparar -- nuestros resultados con la literatura nacional y mundial.

OBJETIVOS

- 1.- Conocer la incidencia de morbimortalidad por --
apendicitis en el Centro Médico Naval, en forma-
comparativa con un estudio realizado en la misma
institución en 1978; así como con otra institu-
ción y con la literatura actual.
- 2.- Conocer el tiempo promedio entre la sintomatolo-
gía y la laparotomía.
- 3.- Conocer el tiempo promedio entre el ingreso al -
hospital y la laparotomía.
- 4.- Conocer la certeza diagnóstica y, la incidencia-
de apendicectomía en apéndice sana.
- 5.- Proponer un algoritmo del paciente con apendici-
tis.

INTRODUCCION

La apendicitis pasó desapercibida durante muchos siglos, siendo la primera comunicación de apendicectomía en 1736 a causa de la perforación de este órgano por un alfiler siendo realizada durante una plastia-inguinal.

Fue hasta hace 80 años en que Fitz, que era profesor de la cátedra de patología de la Universidad de Harvard, publicó su artículo titulado "Inflamación y -- perforación del apéndice cecal", en el cual analiza la historia natural de la apendicitis en 257 pacientes, concuyendo "si después de 24 hrs. de aparición del dolor, los signos de peritonitis progresan, habrá que efectuar apendicectomía, siendo de gran importancia el reconocimiento de la perforación".

En 1880 Lauson y Talts, fueron los primeros en practicar una apendicectomía, tomando en cuenta la historia clínica del paciente; sin embargo la definieron como tiflitis.

Mc. Burney basado en su experiencia, practicó su primera apendicectomía el 21 de mayo de 1888 por apendicitis no perforada, y de estas observaciones describió el punto máximo de dolor que actualmente se aso-

cia con su nombre.

En 1902 el rey Eduardo VII tuvo que demorar su coronación debido a un cuadro de apendicitis y Treves le drenó un absceso.

En 1938 en Inglaterra y Gales reportaron 3000 apendicitis, en 1943 disminuyó a 1800, en 1954 a 969, en 1969 a 365 y en 1978 a 250.

La mayoría de las defunciones ocurrieron en pacientes menores de 4 años y mayores de 65.

A pesar de que en la actualidad la mortalidad es del 1.2% según diferentes autores, las complicaciones -- son frecuentes, ocurriendo en más del 20% de los pacientes (1,4,5,6,7).

Sin duda la perforación apendicular es el factor más importante, en relación a la morbimortalidad.

En algunas reportan una mortalidad global del 1.3%, pero considerando a la apendicitis perforada aisladamente, ésta alcanza el 8.5% (6,7).

Se reportan complicaciones en la apendicitis no perforada de 3.1% y en el 47% en las perforadas (8).

Los retardos del paciente en consultar y del médico en indicar el tratamiento quirúrgico son los factores más importantes que aumentan las posibilidades de la perforación y por lo tanto de la morbimortali-

dad.

La perforación apendicular se presenta del 20 al 30% (4,8,9,10). Cooperman reporta en las Clínicas de -- Norte América vol.6 1984, que la duración de los sín-tomas fué de 22.4 horas en la perforada.

El 62% de pacientes con perforación, presentan sig-
nos de apendicitis de más de 24 hrs., y en las no --
perforadas solo de 22 hrs.

Koepsell señala que no hay diferencia entre el lapso de admisión al hospital y la alparotomía en pacien-
tes con perforación y sin ella.

ALGORRITMO DE LA APENDICITIS

La cirugía exige por sí misma la toma de decisiones sin darse el lujo de contar con todos los datos pertinentes sobre el problema en el momento en que se requiere la decisión, por lo tanto, las decisiones quirúrgicas son característicamente el prototipo de las decisiones con incertidumbre, por lo que es importante prestar atención a la lógica y a las técnicas básicas de la decisión quirúrgica, tomando en cuenta el curso de las acciones u opciones, con los datos clínicos ó de laboratorio correspondientes, para llegar a la acción prescrita más conveniente. En ésta sección se presenta el problema como un árbol de decisiones o algoritmo.

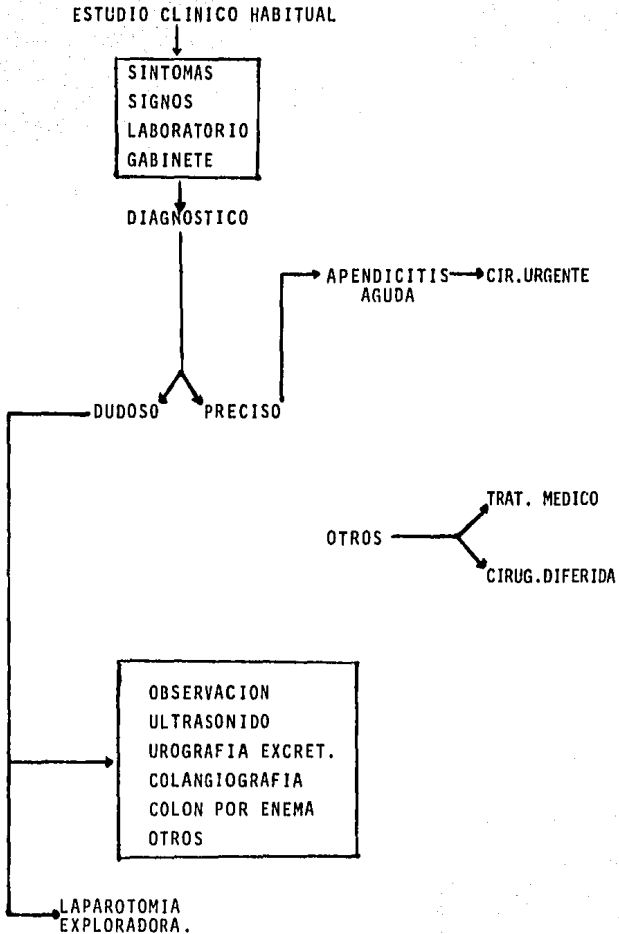
La palabra algoritmo surge de la tesis del gran matemático árabe Mohamedibn Musa (790-850 D.C.)

Inicialmente el término algoritmo se refería a cualquier sistema basado en las notaciones decimales; posteriormente significó un programa lógico o diagrama que elimina secuencias y operaciones que no pueden ser ejecutadas por una máquina. A medida que el análisis de las decisiones evolucionó como una ciencia, el término algoritmo ha resultado la representación simbólica de un árbol de decisiones.

El tronco del árbol represente el problema original del cual evolucionan miembros secundarios y terciarios, ofreciendo vías alternativas de acción.

De ahí que propongamos el siguiente algoritmo para el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis.

DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA



DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA

1.- El estudio clínico habitual comprende el método inicial de estudio de todo paciente con dolor abdominal en un servicio de urgencias, que incluye lo siguiente:

-Historia y examen clínico completo.

-Exámenes de laboratorio básicos (BHC, QS, EGO, Amilasa serica)

-Examen de gabinete (placa simple de abdomen de pie y decubito y telerradiografía de torax) (9)

2 y 3.- El dolor es el síntoma pivote y a menudo el único de la apendicitis, varía mucho en intensidad y localización; puede acompañarse de náuseas, vómito, fiebre, estreñimiento ó diarrea, hipersensibilidad, resistencia muscular ó rebote; dependiendo de:

-Posición anatómica del ciego y del apéndice.

-Relación del apéndice con el peritoneo.

-Edad del paciente.

-Umbral del dolor.

-De la fase patológica de la enfermedad.

-De cualquier otra patología abdominal asociada (1,9, 12,13)

4.- De la biometría hemática lo más sobresaliente es la fórmula blanca; la leucocitosis se asocia con un

proceso inflamatorio, sin embargo su ausencia no excluye esta inflamación, siendo más significativo un incremento en los polimorfonucleares y de las bandas que la cuenta total de leucocitos.

Un aumento de la leucocitosis en biometrías hemáticas seriadas nos habla de una progresión de la enfermedad (9,14).

5.- Una placa simple de abdomen en 2 posiciones, proporciona una información significativa en un período breve de tiempo; los datos radiográficos más sobresalientes son los siguientes:

- Nivel líquido en el ciego.
- Dilatación del fleon terminal con ó sin nivel.
- Ileo apendicular (la combinación de dilatación del ciego y de fleon terminal con niveles líquidos e imagen de velamiento, se denominan fleo apendicular)
- Calculos apendiculares (el reconocimiento de un fecalitoapendicular es el dato más importante en las placas radiológicas, de hecho el único patognomónico y frecuentemente se asocia a apendicitis gangrenosa ó perforada.
- Signos inespecíficos: borramiento del psoas derecho y de la grasa preperitoneal, imágenes de obstrucción intestinal. La telerradiografía de torax nunca debe omitirse, ya que puede descartar afecciones

pulmonares que simulan apendicitis, consolidaciones pulmonares, neumotorax, derrame pleural o pericárdico, ó identificarse aire libre subdiafragmático.

6.- El diagnóstico de apendicitis se basa en los hallazgos de la historia clínica, la exploración física y los datos de laboratorio y gabinete (9,12).

7.- Cuando se llega al diagnóstico preciso de apendicitis el paso siguiente es la apendicectomía de urgencia variando el momento y el tipo de intervención de acuerdo al estado patológico en que se sospeche que esté el apéndice. Si se descarta que el cuadro no es de apendicitis, debe instalarse tratamiento médico ó quirúrgico adecuado (urosepsis, anexitis, colecistitis, etc.) (1,9,15).

8.- Cuando el diagnóstico no puede ser aclarado por el estudio clínico habitual, el paciente debe mantenerse en observación, hospitalizado; vigilando cuidadosamente la progresión de la sintomatología y signología, así como de los exámenes de laboratorio y gabinete. Si las condiciones del paciente lo permiten pueden emplearse procedimientos especiales para tratar de establecer la condición específica responsable del cuadro clínico; tales como la ultrasonografía, los exámenes radiológicos con medio de contraste como: urografía excretora, colon por enema, serie gastroduodenal, etc.

Si con el empleo de estos estudios se llega al diagnóstico de certeza debe seguirse lo mencionado en el paso 7. Si por el contrario no puede aclararse el diagnóstico a pesar de estos estudios, o no se efectuaron por las condiciones del paciente, se efectuará laparotomía exploradora.

Para terminar mencionaremos la forma de presentación de la apendicitis y los efectos de la perforación.

1.- Apendicitis gangrenosa sin perforación:

- a) No obstructiva
- b) Obstructiva

2.- Apendicitis con perforación:

- a) Con peritonitis localizada
- b) Con absceso local
- c) Con peritonitis difusa

El apéndice puede perforarse en cualquier sitio, el más frecuente es en el borde antimesentérico.

Una vez que se presenta la perforación, puede formarse un absceso en la fosa iliaca derecha, en la pelvis, subdiafragmático ó peritonitis difusa.

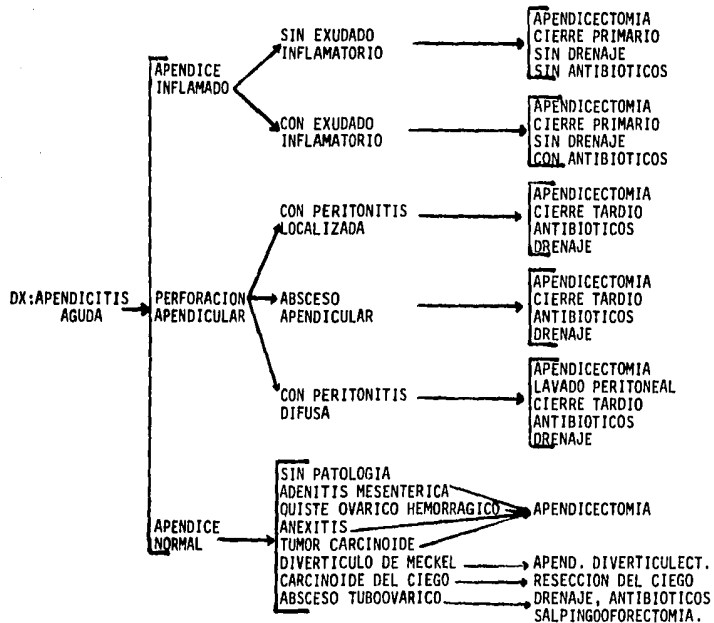
Depende de varios factores que la peritonitis se vuelva localizada o difusa:

- 1.- Edad y resistencia del huésped
- 2.- Virulencia y número de microorganismos invasores
- 3.- Tiempo de evolución del proceso inflamatorio y condición que lo desencadena

4.- Posición anatómica del apéndice

-No entraremos en detalle sobre cual es la técnica más adecuada para la apendicectomía, sólo puntualizaremos que debe ser la experiencia del cirujano, su grado de preparación, la posición anatómica del apéndice y la fase inflamatoria en que se encuentre el proceso; la que debe determinar la técnica a seguir.

ALTERNATIVAS EN LA LAPAROTOMIA CON DIAG. DE APENDICITIS.



MATERIAL Y METODOS

Material -

Se revisaron 111 expedientes clínicos en forma retrospectiva de pacientes intervenidos quirúrgicamente de apendicectomía, así como su morbimortalidad.

60 corresponden al Hospital Español y 51 del Centro-Médico Naval, en los años de 1981 y 1984.

Metodología -

Los requisitos para la selección de expedientes fueron los siguientes:

- a) Historia clínica completa
- b) Citología hemática
- c) Exámen general de orina
- d) Placas simples de abdomen de pie y decúbito y teleradiografía de torax
- e) Comprobación histopatológica.

Se investigan los siguientes datos:

- Edad
- Cuadro clínico
- Tiempo de inicio de la sintomatología a la laparotomía
- Tiempo de ingreso al hospital a la laparotomía
- Incidencia de apéndice sana en la apendicectomía

-Incidencia de apéndice perforada y no perforada, y sus complicaciones

-Certeza diagnóstica

-Defunciones

Para efectuar el estudio y analizar las complicaciones se dividió a los pacientes en 4 grupos, tomando en cuenta el tiempo de inicio de la sintomatología y la laparotomía.

Grupo I :Pacientes operados en las primeras 6 horas

Grupo II :Pacientes operados de 7 a 12 horas

Grupo III :Pacientes operados de 13 a 24 horas

Grupo IV :Pacientes operados después de 24 horas

RESULTADOS

-No. de pacientes: 111

48 masculinos 44.2%

63 Femeninos 55.8%

-Edad:

Mínima 5 años

Máxima 83 años

Media 35 años

-Certeza Diagnóstica:

Diagnóstico preciso 91 pacientes: 81.9%

Diagnóstico dudoso 20 pacientes: 18.1%

-Apendicitis sanas 20 pacientes: 17.0%

-Apendicitis simple 62 pacientes: 55.8%

-Apendicitis --

complicada 29 pacientes: 26.1%

-Complicaciones en

Apendicitis simple 3 pacientes: 2.7%

-Complicaciones en

apendicitis --

complicada 16 pacientes: 14.4%

-Promedio del tiempo de evolución entre la sintomatología y la laparotomía:

Apendicitis simple 27 hrs.

Apendicitis complicada 31 hrs.

-Tiempo de evolución entre ingreso al hospital y cirugía:

Apendicitis simple 15.7 hrs.

Apendicitis complicada 16.0 Hrs.

-Reoperaciones 4 pacientes: 3.6%

-Defunciones 1 paciente : 0.9%

RESULTADOS POR GRUPO

GRUPO I

Incluye a una paciente de 25 años de edad cuyo diagnóstico histopatológico fué de apendicitis en fase - inflamatoria (operada en el Hospital Español) 0.9%

GRUPO II

Incluye a 9 pacientes: 8.1%

1 masculino y 8 femeninos, 11.1 y 88.8% respectivamente. El diagnóstico de certeza fué en 8 pacientes: 88.8%. El diagnóstico dudoso fue en 1 paciente: -- 11.1%. La incidencia de apendicitis simple fué en 8 pacientes y correspondió al 88.8%. La incidencia de apendicitis complicada fué en 1 paciente y correspondió al 11.9%.

En este grupo no hubo complicaciones ni mortalidad - y la incidencia de apendicitis sana fué en 1 paciente y correspondió al 11.1%.

En los casos restantes el estudio histopatológico -- reportó:

4 apendicitis en fase inflamatoria

3 apendicitis purulentas con periapendicitis, una de éstas con perforación en la punta.

El promedio de estancia hospitalaria fué de 5 días.

GRUPO I 1:0.9%	No.	%
MASCULINOS	1	0.9
FEMENINOS	-	-
DIAG.DUDOSO	-	-
DIAG.CERTEZA	-	-
APEND. SIMPLE	-	-
APEND. COMPLICADA	-	-
COMPLIC. APEND. SIMPLE	-	-
COMPLICACIONES APEND. COMPLICADA	-	-
APEND. SANA	-	-
REOPERACIONES	-	-
DEFUNCIONES	-	-

GRUPO II 9:8.1%	No.	%
MASCULINOS	1	11.1
FEMENINOS	8	88.8
DIAG. CERTEZA	8	88.8
DIAG. DUDOSO	1	11.1
APEND. SIMPLE	8	88.8
APEND. COMPLICADA	1	11.9
COMPLIC. APENDICITIS SIMPLE	-	-
COMPLIC. APENDICITIS COMPLICADA	-	-
APENDICE SANA	1	11.1
REOPERACIONES	-	-
MORTALIDAD	-	-

GRUPO III

Incluye a 50 pacientes: 44%

25 masculinos 50% y 25 femeninos 50%

La edad mínima fué de 15 años, la máxima de 52 y la media de 40.

El diagnóstico de certeza fué en 44 pacientes: 88%.

El diagnóstico dudoso fué en 6 pacientes: 12%.

La incidencia de apendicitis simple fué en 29 pacientes y correspondió al 58%.

La incidencia de apendicitis complicada fué en 8 pacientes y correspondió al 16%.

Las complicaciones en apendicitis simple fueron en 1 paciente y correspondió al 2%.

Las complicaciones en apendicitis complicada fueron en 6 pacientes y correspondió al 12%.

De éstos: 3 presentaron abscesos de pared:

1 con necrosis muscular del recto derecho.

1 con traumatismo esplénico que requirió una segunda intervención y esplenectomía.

1 con dehiscencia de muñón apendicular, peritonitis difusa, choque séptico y muerte.

La incidencia de apendicitis sana fué en 13 pacientes y correspondió al 26%.

Se reoperaron 2 pacientes: 1 por trauma esplénico y otro por peritonitis difusa y absceso residual, co-

rrespondió al 4%.

La mortalidad ocurrió en 1 paciente: 2%.

El diagnóstico histopatológico fué:

31 con apendicitis inflamatoria

8 con necrosis y perforación apendicular.

GRUPO III 50:45%	No.	%
MASCULINOS	25	50
FEMENINOS	25	50
DIAG. CERTEZA	44	88
DIAG. DUDOSO	6	12
APEND. SIMPLE	29	58
APEND. COMPLICADA	8	16
COMPLIC. APENDICITIS SIMPLE	1	2
COMPLIC. APENDICITIS COMPLICADA	6	12
APENDICE SANA	13	26
REOPERACIONES	2	4
MORTALIDAD	1	2

GRUPO IV

Incluye a 51 pacientes: 45.9%

22 masculinos 43.1% y 29 femeninos 56.8%.

La edad varió de 8 a 83 años, con una media de 45.

El diagnóstico de certeza fué en 38 pacientes: 74.5%

El diagnóstico dudoso fué en 13 pacientes: 25.4%

La incidencia de apendicitis simple fué en 25 pacientes y correspondió al 49.0%.

La incidencia de apendicitis complicada fué en 20 pacientes y correspondió al 39.2%.

Las complicaciones en apendicitis simple fueron en 2 pacientes y correspondió al 3.9%.

Las complicaciones en apendicitis complicada fueron en 10 pacientes y correspondió al 19.6%.

De estos: 8 presentaron abscesos de pared

1 con absceso residual que requirió reintervención

1 con peritonitis difusa, que requirió 3 reintervenciones, efectuándose en una de ellas hemicolectomía derecha e ileostomía.

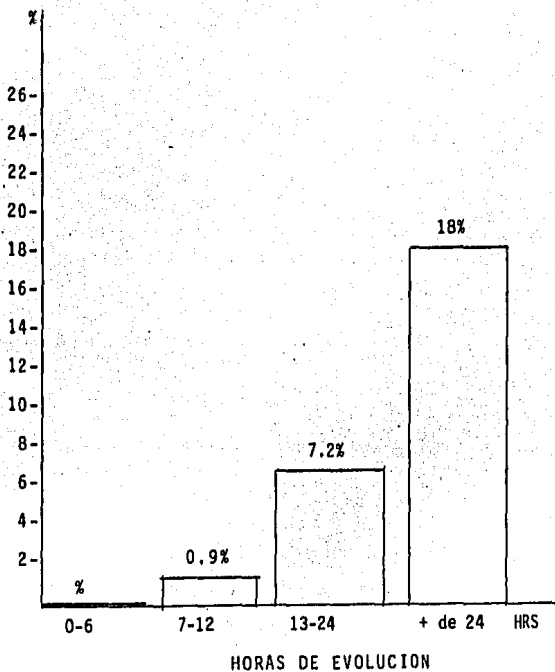
La incidencia de apendicitis sana fué en 6 pacientes y correspondió al 11.7%

Se reoperaron 2 pacientes: 1 por absceso residual y otro con peritonitis difusa.

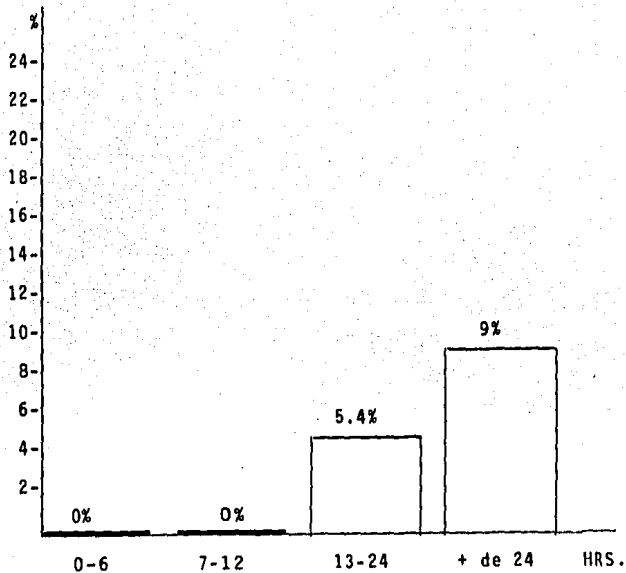
No hubo mortalidad.

GRUPO IV 51:45.9%	No.	%
MASCULINOS	22	43.1
FEMENINOS	29	56.8
DIAG. CERTEZA	38	74.5
DIAG. DUDOSO	13	25.4
APEND. SIMPLE	25	49.0
APEND. COMPLICADA	20	39.2
COMPLIC. APENDICITIS SIMPLE	2	3.9
COMPLIC. APENDICITIS COMPLICADA	10	19.6
APENDICE SANA	6	11.7
REOPERACIONES	2	3.9
MORTALIDAD	-	-

T O T A L 111:100%	No.	%
MASCULINOS	48	43.2
FEMENINOS	63	55.8
DIAG. CERTEZA	91	81.9
DIAG. DUDOSO	20	18.1
APEND. SIMPLE	62	55.8
APEND. COMPLICADA	29	26.1
COMPLIC. APENDICITIS SIMPLE	3	2.7
COMPLIC. APENDICITIS COMPLICADA	16	14.4
APEND. SANA	20	17.1
REOPERACIONES	4	3.6
DEFUNCIONES	1	0.9



APENDICE COMPLICADA GLOBAL (GRAFICA 1)



HORAS DE EVOLUCION
COMPPLICACIONES GLOBALES (GRAFICA 2)

ANALISIS GLOBAL

Grupo	No.	%	M	%	F	%	DC	%	DD	%	AS	%	AC	%	CAS	%	CAC	%	ASa	%	REO	%	Def	%
I	1	0.9			1	0.9	1	0.9	-	-														
II	9	8.1	1	0.9	8	6.3	8	7.2	1	0.9	8	7.2	1	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
III	50	45.	25	22.5	25	22.5	44	39.6	6	5.4	29	26.1	8	7.2	1	0.9	6	5.4	13	11.7	2	1.8	1	0.9
IV	51	45.9	22	19.8	29	26.1	38	34.2	13	11.7	25	22.5	20	18.	2	1.8	10	9.	6	5.4	2	1.8	-	-
Total	111	100.	48	44.2	63	55.8	91	81.9	20	18.1	62	55.8	29	26.1	3	2.7	16	14.4	20	17.1	4	3.6	1	0.9

M: Masculino

AS: Apend. simple

ASa: Apend. sanas

F: Femenino

AC: Apend. Complic.

Reo: Reoperaciones

DC: Dx. Certeza

CAS: Comp.Apend.Simple

Def: Defunciones

DD: Dx.Dudoso

CAC: Comp.Apend.Complicada

ESTA
TESIS
NO
DEBE
SALIR
DE
LA
BIBLIOTECA

DISCUSION

La literatura reporta una incidencia similar en ambos sexos; en nuestro estudio observamos una mayor incidencia en el sexo femenino 1.5 a 1%.

En certeza diagnóstica preoperatoria, Cooperman reporta 82%; el Hospital Español reporta 75%; el Dr. Blanco en 1978 reportó 83% en el Centro Médico Naval; nosotros en el mismo hospital el 90%; lo que significa una mejoría del 7% con respecto a 1978 y un 8% con respecto a la literatura.

Encontramos diferencias en la incidencia de apéndice sana, reportando Cooperman un 25%; el Hospital Español 23,3%; el Dr. Blanco en 1978 12.5% y en nuestro estudio el 9.8%; lo que significa una diferencia del 15% con Cooperman; de 14% con el Hospital Español y del 3% con el Dr. Blanco. Esta disminución en la incidencia de apéndice sana, podría explicarse por la mejoría que hubo en la certeza diagnóstica y, porque en los hospitales privados los pacientes son sometidos más frecuentemente a lapatomía exploradora por dolor, lo que explica el 25% permitido que reporta Cooperman.

Encontramos diferencias significativas en la incidencia de apendicitis perforada, Cooperman reporta un --

25%; el Hospital Español 15%; en 1978 30% y en nuestro estudio 39.2%; lo que significa un 9.2% más que en 1978 y 14% más que Cooperman. Este incremento -- importante en la incidencia de perforación apendicular es debido a que los pacientes acuden tardíamente al hospital.

Encontramos diferencias en las complicaciones postapendicectomía: En apendicitis simple alcanzamos el 5.8% mientras que Cooperman reporta un 3.1%, por lo tanto tuvimos un 2.7% más.

Todas las complicaciones en apendicitis simple fueron a expensas de abscesos de pared, muy probablemente debidos a factores locales técnicos.

En complicaciones de apendicitis complicada, tuvimos un 30.4% menos que el reportado en la Literatura Mundial y 6% más que el Hospital Español.

Hubo diferencias muy significativas de los resultados entre el tiempo de inicio de la sintomatología y la laparotomía, encontrando que en los grupos I y II que fueron operados en las primeras 12 horas, las complicaciones fueron del 0%, con una incidencia de apéndice complicada del 0.9%.

En el grupo III operados entre las 13 y 24 horas, -- las complicaciones fueron del 14%, con una incidencia de apéndice complicada del 12%.

En el grupo IV operados con más de 24 horas de evolución, las complicaciones fueron del 23.5%, con una incidencia de apéndice complicada de 39.2%, lo que demuestra claramente que el tiempo que transcurre entre el inicio de la sintomatología y la laparotomía es directamente proporcional al índice de complicaciones y puede utilizarse como valor pronóstico.

En el grupo de pacientes del Centro Médico Naval, no hubo mortalidad a pesar de la alta incidencia de apéndices perforadas que alcanzó hasta el 39.2%, lo que demuestra una prevención y manejo adecuado de las complicaciones.

CONCLUSIONES

- 1.- El diagnóstico de apendicitis debe ser esencialmente clínico.
- 2.- No es condición específica el diagnóstico de certeza para indicar la laparotomía, ya que en ocasiones la persistencia en tratar de conocer la causa específica responsable puede acompañarse de un alto grado de morbimortalidad, por lo que consideramos que cuando exista duda razonable, establecer el diagnóstico mediante laparotomía.
- 3.- El retardo del paciente en buscar la atención médica y del médico en indicar el tratamiento quirúrgico, juegan un papel esencial en la morbimortalidad.
- 4.- Siempre tratar de establecer la etapa evolutiva del padecimiento, para instaurar terapéutica adecuada y así evitar complicaciones postoperatorias.
- 5.- Mantener hospitalizados y en observación a los pacientes con diagnóstico dudoso, utilizar cuando estén indicados estudios especiales de diagnóstico y durante su observación evitar el uso de analgésicos ó antibióticos, ya que enmascaran el cuadro clínico.

	CEMENA. 1984	HOSP. ESPAÑOL 1982	CEMENA. 1978	LITERATURA MUNDIAL 1984
	%	%	%	%
Número de casos	51	60	100	
Masculino	29.4	55.	52.5	
Femenino	70.5	45.	47.5	
Diagnóstico Dudoso	9.8	25.	25.	18.
Diagnóstico de Certeza	90.1	75.	83.	82.
Apendicitis simple	50.9	60.	70.	75.
Apendicitis Complicada	39.2	15.	30.	25.
Apéndice Sana	9.8	23.3	12.5	25.
Complicaciones de Apendicitis sana	5.8	-	-	3.1
Complicaciones de Apendicitis Complicada	17.6	11.6	-	47.2
Reoperaciones	5.8	1.6	2.5	-
Mortalidad		1.6	21.5	1.3

ANÁLISIS COMPARATIVO

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Maingot R: Abdominal Operations.
Appleton Century Croftz. 2:1431, 1980.
- 2.- Jones PF: Cirugía Abdominal de urgencia.
Salvat. 137, 1978.
- 3.- Bockus HL: Tratado de Gastroenterología.
Salvat. 2:1175, 1980.
- 4.- Cooperman MM: Complicaciones en la apendicectomía.
Interamericana, 6:1229, 1983, Clin. Quirur. de Norteamérica.
- 5.- Peltokallio: Evolution of age distribution mortality of acute appendicitis. Arch. Surg. 116,1981.
- 6.- Hauswald KR: Analysis of the causes of mortality from appendicitis. Am.J. Surg. 42:731, 1976.
- 7.- Sussman: Surgical outcome for resident attending surgeon. AM.J. Surg. 144:250, 1982.
- 8.- Scher: The continuing challenge of perforating appendicitis. Surg. Gynecol. Obstet. 150:535, - 1980.
- 9.- Rojas RO: Abdomen agudo quirúrgico.
Tesis recepcional: Hospital Español de México -- 1981.
- 10.- Koepsell : Factors affecting perforation in acute appendicitis. Surg. Gynecol. Obstet. 153:--

508, 1981.

- 11.- Scher: Appendicitis: Factors that influence the frequency of perforation. South. Med. J. 73: -- 1581, 1980.
- 12.- Felson; Acute abdomen. Toray: 105,1977.
- 13.- Blanco OP: Apendicitis aguda; Segundas Jornadas Médicas de la Sociedad de Medicina Naval,1978.
- 14.- Wallace J; Interpretation of diagnostic test: - Little Brown. 3:106, 1978.
- 15.- Eistman B; Diagramas para diagnóstico quirúrgico. Interamericana, 178, 1981.
- 16.- Townsed JM: Appendicitis in pregnancy. South.-- Med. J. 69:1161, 1975.
- 17.- William AT: Metronidazole in preventions after-appendectomy. Br. Med. J. 1:318, 1976.
- 18.- Geerdsen J: Incidence of sterility in women --- operated on in childhood of perforated appendicitis. Acta. Obstet. Gynecol. Scand. 56:523,1977.
- 19.- Brook I: Bacterial Studies of peritoneal cavity and postoperative surgical wound drainage following perforated appendix in children. Ann. Surg. 192:208, 1980.
- 20.- Abraws JS: The significance of a positive rectal examination in acute appendicitis. Dis Colon rectum. AM. J. Surg. 22:97, 1979.

- 21.- Scher KS: Appendicitis: Factors that influence the frequency of perforation. South. Med. J. - 73:1561, 1980.
- 22.- Barrera MJ: Flora bacteriana habitual en apendicitis. Rev. Mex. Ped. 67:463, 1980.
- 23.- Arnbjornsoon E: Development of right inguinal hernia after appendectomy. Am. J. Surg. 143:174, 1982.
- 24.- Williamson WA: Retrocecal appendicitis. Am. J. Surg. 65:507, 1981.
- 25.- Simonowitz DA: Natural history of incidental -- appendectomy in patients with disease who required bowelresection. Am. J. Surg. 143:171, 1982.
- 26.- Anderson ED: Open packing of the peritoneal cavity in generalized in bacterial peritonitis. Am. J. Surg. 145:131,1983.
- 27.- Richard: Diagnostic valor of the white blood -- count and neutrophil percentage in the evalua--- tion of abdominal pain in children. Surg. Gynecol. Obstet. 152:424,1981.
- 28.- Richard: Alternative aproach to the managment of acute perforation appendicitis. Surg. Gynecol. Obstet. 152:469, 1981.
- 29.- Testut L, Jacob O: Anatomia Humana Topográfica. Salvat. 2:243,1979