

11209



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

**FACULTAD DE MEDICINA**

**DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"**

**I. S. S. S. T. E.**

# APENDICITIS AGUDA

**T E S I S**

**PARA OBTENER EL TITULO DE**

**ESPECIALISTA EN:**

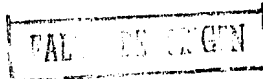
**CIRUGIA GENERAL**

**P R E S E N T A :**

**DR. ELIAB I. RIVERA HERNANDEZ**



**MEXICO, D. F.**



**1987**



## **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.

## C O N T E N I D O

	Página
I. INTRODUCCION .....	1
II. OBJETIVOS .....	2
III. MATERIAL Y METODO .....	2
IV. RESULTADOS .....	3
a) Análisis Retrospectivo .....	3
b) Análisis Prospectivo .....	8
V. COMENTARIO .....	18
VI. CONCLUSIONES .....	23
VII. FIGURAS .....	26
VIII. TABLAS .....	34
IX. BIBLIOGRAFIA .....	77

INTRODUCCION

Desde que Reginald H. Fitz en 1886, introdujo en la práctica médica la secuencia desde la inflamación aguda del apéndice, hasta la peritonitis y la formación de un absceso en la fosa ilíaca derecha, y recomendó el tratamiento quirúrgico para este padecimiento<sup>4</sup>; ha persistido la inquietud sobre como efectuar el diagnóstico y el tratamiento adecuado. La apendicitis aguda continúe siendo un desafío diagnóstico y terapéutico para todos los cirujanos<sup>40</sup> y virtualmente todos los trabajadores de la Salud, mantienen cierto temor ante la morbimortalidad potencial de este padecimiento<sup>6</sup>. Los avances tecnológicos tan espectaculares que se han incorporado recientemente a la práctica médica son poco aplicables al diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda<sup>4,6</sup>.

La apendicitis aguda es la situación quirúrgica de urgencia más común no traumática del abdomen<sup>1,13,31</sup>, ocurre con mayor frecuencia durante la segunda y tercer década de la vida<sup>39</sup>. La relación hombre-mujer para todos los grupos etarios es de 1:1, pero durante las décadas señaladas, los hombres han mostrado una doble frecuencia que las mujeres. La forma clásica de la apendicitis aguda<sup>4,20</sup> es diagnosticada con cierto grado de facilidad, no obstante en los niños y en los ancianos, el cuadro es muy atípico y representa un problema diagnóstico con una frecuencia de perforación, hasta de 59%<sup>8,20,26,28</sup>, mientras que en los adultos jóvenes va del 17% al 39%<sup>20,38</sup>.

La frecuencia de resección de apéndices normales va del 15% al 33%<sup>16,20,21,23</sup>; y hasta el 49% de estos apéndices pertenece a mujeres en edad reproductiva<sup>20</sup>. Se ha informado - que uno de cada 15 individuos, puede padecer de apendicitis - aguda, en el transcurso de su vida<sup>6,30</sup>.

Los objetivos del estudio fueron los siguientes:

- 1).- Homensaje al primer centenario de la descripción de la apendicitis aguda.
- 2).- Obtener datos demográficos actuales acerca de la apendicitis aguda, en una gran serie de pacientes.
- 3).- Obtener síntomas, signos, estudios de laboratorio y gabinete confiables sobre la apendicitis aguda que tengan valor discriminativo.
- 4).- Determinar los factores que afectan la morbilidad y mortalidad de la apendicitis aguda, en nuestro Hospital Regional.

#### MATERIAL Y METODOS

El presente informe se compone de dos partes esenciales:

- 1).- La literatura quirúrgica revisada contiene muy poco sobre la frecuencia de error en el diagnóstico de apendicitis aguda y sobre la remoción de apéndices sanos, por lo -- que se efectuó un análisis retrospectivo de 1006 casos consecutivos, operados por apendicitis aguda en el Hospital Regional Lic. "Adolfo Lopez Mateos" del ISSSTE, en la Ciudad de México; del 1o. de Enero de 1981, hasta el 30 de Junio de 1984.

En este solo se manejaron las siguientes variables: edad, sexo y el informe histopatológico de la pieza quirúrgica.

II).- Un análisis prospectivo de 353 pacientes, llevados a quirófano con el diagnóstico de apendicitis aguda, todos captados en el Servicio de Urgencias Adultos del Hospital Regional Lic. "Adolfo Lopez Mateos". Se excluyeron a todos -- los pacientes apendicectomizados incidentalmente en el transcurso de otra cirugía inicial; del 1o. de Enero de 1984 hasta el 30 de Mayo de 1986, con un seguimiento mínimo de 5 meses. Se revisó y analizó la Historia Clínica, la exploración física, la cirugía efectuada, el curso clínico, el informe histopatológico de la pieza enviada y el estado actual de los pacientes, al momento de la revisión final efectuada en Noviembre de 1986.

Los resultados de ambos estudios se describen por separado, para un mejor manejo estadístico y son objeto de un análisis conjunto.

### RESULTADOS

#### ANALISIS RETROSPECTIVO

EPIDEMIOLOGIA.- Hubo 291 admisiones por apendicitis en promedio anual como se detalla en la tabla 8.

La distribución etaria de los pacientes es la siguiente: menores de 10 años, 10.23%; de 11 a 20 años, 22.76%; de 21 a 30 años, 29.52%; de 31 a 40 años, 17.69%; de 41 a 50 años, 9.44%; de 51 a 60 años, 4.17%; mayores de 60 años, 4.87%; solo tuvimos 6 pacientes mayores de 80 años, 1.32% (Figura 2).

DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO.- El diagnóstico de todos los casos se muestra en las tablas 2 y 3.

El informe de apéndices normales fue del 11.33%, similar a otras series revisadas que van del 1.5% al 42% [tabla 6]. El mayor porcentaje correspondió a mujeres en edad reproductiva, con un 41.93% [tabla 5].

La frecuencia de apéndices perforados fue del 16.1% similar al de otras series revisadas que van del 10% al 39% [tabla 6].

Los grupos de edad con apendicitis con perforación y sin perforación, presentan porcentos similares [tabla 4].

La frecuencia de perforación en pacientes mayores de 50 años, fue del 13.58%, quedando en el rango inferior de las frecuencias reportadas por algunos investigadores como: Hubell, 49%; Clement y cols., 67%; Mittelpunkt y Nora, 37%; Lewis y cols., 65%; Owens y Hamit, 74%<sup>20, 26, 28</sup>.

En la figura 1, se señalan los porcentos de los casos de apendicitis y las diversas condiciones asociadas a este padecimiento.

Fueron informadas como apendicitis aguda, 677 casos (67.3%); como apéndices perforados 162 casos, 16.1%; como apéndices normales 114 casos, 11.33%; como periapendicitis 26 casos, 2.58%; como apendicitis crónica 2 casos, 0.2%; no valorables por autólisis 8 casos, 0.8%; 17 casos fueron rechazados por haberse efectuado en el transcurso de otra cirugía inicial y fueron informados como normales, 1.69% [Figura 1].

#### DISCUSION

Los datos demográficos aquí mostrados son similares

a otras grandes series revisadas. La distribución etaria muestra que los pacientes menores de 14 años representan el 20.18% (125 hombres, 64.1% y 78 mujeres, 35.9%); los menores de 5 años, el 3.18%; entre los 6 y 10 años, el 7.85% y entre los 10 y los 14 años, el 9.14%; el rango de edad fue desde los 4 meses a los 14 años, con un promedio de 10 años. La frecuencia de los mayores de 50 años fue de 9.94% (hombres 51% y mujeres 49%). La relación hombre-mujer fue de 1.1:1 (tabla 7)<sup>4,6,12</sup>.

La frecuencia de perforación fue del 16.1% y esta en el rango inferior respecto con otras series revisadas, fueron 99 hombres, 61.1% y 63 mujeres, 38.9%; con una mayor incidencia en el grupo de 21 a 30 años, con el 22.83%. Los niños tuvieron una frecuencia de 24.07% y los mayores de 50 años, 13.58%; en el grupo etario de mayor incidencia fueron 23 hombres, 62.16% (figuras 3 y 4). En la tabla 9 se indica el componente celular inflamatorio de estos casos y en la tabla 2 se indican los casos con peritonitis y con absceso.

De los 618 casos de apendicitis aguda, 323 fueron hombres, (52.26%) y 295 mujeres, (47.74%). El rango de edad de los hombres fue de 4 meses a 92 años, con un promedio de 20 años; la curva de distribución muestra dos picos, uno en el grupo de 11 a 15 años, (12.57%) y el otro en el grupo de 20 a 30 años, (24.73%). El rango de edad en las mujeres fue de 2 años 6 meses a 85 años, con un promedio de 24 años; la curva de distribución muestra un pico en el grupo de 21 a 25 años, (18.71%) -- (figura 2).

114 casos fueron informados como apéndices normales, (11.33%), de los cuales 33 fueron hombres, (28.95%); con un rango de edad de 4 meses a 94 años y un promedio de 26 años; to--



dos representan el 6.9% de la población masculina y el 3.28% de la población total; 81 casos fueron femeninos,(71.05%): - con un rango de edad de 21 días hasta 78 años con un promedio de 24.9 años y representan el 15.31% de la población femenina y el 8.05% de la población total; el 41.93% de estas pacientes estaba en edad reproductiva (tabla 5).

26 casos fueron diagnosticados como periapendicitis (2.88%); de los cuales en la tabla 17 se muestran las patologías primarias tanto de los casos masculinos como femeninos; fueron 12 hombres,(46%) y 14 mujeres,(54%); en la tabla 10 - se muestran los datos de esta población.

29 casos fueron informados como apendicitis subaguda,(2.98%); con 12 hombres y 17 mujeres, en la tabla 11 se -- describen sus características; entendiéndose como subaguda un apéndice que muestra inflamación aguda con cambios reparativos.

Dos casos fueron reportados como apendicitis crónica, los dos fueron mujeres y se describen en la tabla 3; los datos clínicos mostrados por estos pacientes son similares a los descritos por Savrin en su revisión al respecto<sup>19,35</sup>.

Doce casos fueron reportados como apendicitis ambigua,(1.2%); de los cuales 5 fueron hombres,(41.6%); con un rango de edad de 32 a 49 años y un promedio de 39.75 años, que representan el 1.04% de la población masculina y el 0.49% de la población total. Siete casos fueron mujeres,(58.4%); con un -- rango de edad de 4 a 58 años y un promedio de 34.33 años y representan el 1.32% de la población femenina y el 0.69% de la - población total (tabla 12).

16 casos fueron reportados con apendicitis aguda y fibrosis obliterante,(1.6%); de los cuales solo 2 pacientes fueron masculinos de 33 y 55 años respectivamente y 14 casos femeninos, se describen en la tabla 3.

También fueron informados 7 con parásitos en la luz apendicular, 1 caso fué masculino y 6 femeninos y los parásitos reportados fueron los siguientes: huevecillos de *Trichuris trichuria*, de *Enterobius vermiculares* y de *Ascaris lumbricoides*, todo descrito en la tabla 13.

27 casos fueron reportados como hiperplasia linfoides,(2.68%); con 9 hombres y 18 mujeres, descritos en la tabla 14.

Seis apéndices fueron diagnosticados con neoplasia maligna,(0.6%)<sup>7,10,23</sup>; con 3 casos masculinos,(50%); 2 de 65 y 69 años con Linfoma de linfocitos poco diferenciados, metastásicos a tejidos adyacentes y 1 de 67 años con adenocarcinoma mucoproducente, todos primarios del apéndice. Representan el 0.63% de la población masculina y el 0.3% de la población total. Tres casos femeninos,(50%); 1 de 74 años con Adenocarcinoma medianamente diferenciado de tipo intestinal, primario del apéndice<sup>7,10</sup> y 2 de 52 y 54 años con metastasis de un carcinoma primario de Ovario; representan el 0.56% de la población femenina y el 0.3% de la población total (tabla 3 ).

El diagnóstico de Carcinoide se hizo en dos pacientes,(0.2%); uno femenino de 18 años de tipo tubular, localizada a la submucosa de la punta, con vasculitis alérgica, sin cambios inflamatorios y otro masculino de 40 años de tipo clásico en el tercio distal que infiltra hasta la serosa con

apendicitis aguda<sup>10</sup> (tabla 3).

Hubo 8 casos con divertículos del apéndice, (0.8%); son 4 hombres y 4 mujeres, estos datos son similares a los reportados por Payan<sup>29</sup> y se describen en la tabla 15.

De los casos de apendicitis aguda, 49 de ellos fueron clasificados como apendicitis necro-hemorrágica, 26 varones y 23 mujeres (tabla 16).

### ANÁLISIS PROSPECTIVO

#### DATOS DEMOGRÁFICOS:

EPIDEMIOLOGÍA: Se revisaron 116, 119 y 118 casos anuales respectivamente en 1984, 1985 y 1986.

La distribución etaria fue la siguiente: de 14 a 20 años, 26.06%; de 21 a 30 años, 33.71%; de 31 a 40 años, 20.68%; de 41 a 50 años, 9.91%; y mayores de 50 años, 9.62%. Solo tuvimos dos casos de pacientes mayores de 80 años en esta serie (tablas 19, 20, 21, 22). (Figura 6). (Figura 5).

Los días de estancia de los casos de apendicitis aguda fueron de  $4.13 \pm 2.13$  días; en los casos de apendicitis perforada fue de  $9.55 \pm 8.09$  días; para los apéndices normales fue de  $3.14 \pm 1.11$  días y solo el 4.47% de los casos de apendicitis aguda estuvo internado hasta 2 semanas. Mientras que el 33% de los casos con apéndices perforados estuvieron internados de 10 a 42 días. Como se espera, la edad es un factor determinante mayor para los mayores de 50 años y el 71.9% de estos, estuvo internado hasta 1 semana y el 28.1% de 2 hasta 7 semanas<sup>4, 6, 8, 20, 26, 28, 30</sup> (tabla 37).

INFORME HISTOPATOLOGICO: Los diagnósticos histopatológicos de todos los casos se muestra en la tabla 23, figura 7.

La frecuencia de apendicectomías negativas fue del 8.78% y de estos el 77.42%, correspondió a mujeres en edad reproductiva y en 15 casos sí se requería de cirugía para diagnóstico y tratamiento de algún padecimiento ginecobstétrico<sup>38</sup> (tabla 38).

La frecuencia de perforación fue de 17.56% y la distribución por grupo de edad se muestra en la tabla 24<sup>8,20,36</sup>. La frecuencia de perforación en los mayores de 50 años fue de 2.83% y contaron para 3 de las 4 muertes de esta serie<sup>8,6,20</sup>.

Otros diagnósticos definitivos en esta serie fueron: 6 apéndices con parásitos, 1 mucocela y 2 carcinoides clásicos del tercio medio, estos últimos en hombres jóvenes.

La tabla 38 muestra otros diagnósticos alternativos cuando no se informó apendicitis aguda, y cuando no se pudo integrar algún diagnóstico fue catalogado como: "Dolor Abdominal de Causa Desconocida". Cuando el informe fue de apéndice normal los diagnósticos definitivos fueron: 12 mujeres con problemas ginecobstétricos, 2 con colecistitis aguda, 2 con salmonelosis, 2 con cuerpo extraño en la luz apendicular y 7 de causa desconocida; de los 6 hombres en ningún caso se pudo integrar algún diagnóstico.

La tabla 39 muestra los diagnósticos definitivos cuando el informe fue de periapendicitis aguda, cabe resaltar que en los 3 hombres estuvo bien indicada la cirugía por: 1 con perforación de ileon terminal por Salmonella que ameritó resección, 1 con úlcera péptica perforada y el último con el ciego perforado; de las 11 mujeres, 5 con enfermedad gineco-

lógica, 3 con plicocolecisto y uno de ellos roto a cavidad, 1 - con pancreatitis aguda biliar y en 2 de ellas la causa fue desconocida.

Por lo menos el 75% de los pacientes con apéndices sanos requería de cirugía para tratar algún otro padecimiento y en el 3.12% del total de los pacientes apendicectomizados no requería cirugía por ningún motivo aparente<sup>16</sup>.

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE APENDICITIS AGUDA

**SINTOMAS:** El dolor sigue siendo el síntoma inicial más común y ocurrió en el 100% de los casos. Fue periumbilical en el 10.2%; en el cuadrante inferior derecho, 36.83%; epigástrico, 28.61%; mesogástrico, 10.48%; en el hipogástrico, 7.08%; difuso, 4.53%; vago, 1.41%; y lumbar, 0.85%. No hubo diferencia en la localización del dolor respecto con el diagnóstico definitivo (tabla 29).

La duración del dolor al llegar al Servicio de Urgencias Adultos del hospital, muestra una relación con el diagnóstico definitivo y se presenta en la tabla 25. Existe diferencia aparente entre los casos de apendicitis aguda y los normales con los casos de apéndices perforados como puede apreciarse. Pero no hubo diferencia cuando se analizaron los casos reportados sin apendicitis aguda, pero con algún otro problema de índole quirúrgica<sup>4,6,26,28,30,39</sup>.

Las náuseas, el vómito y la anorexia fueron los segundos síntomas más comunes en todos los casos, pero no presentan diferencia cuando se analizan por diagnóstico definiti

vo y sus frecuencias fueron: 59.5%, 57.5% y 11.33% respectivamente, esto se detalla en la tabla 26<sup>30</sup>.

La fiebre se encontró en el 27.76% de todos los casos, como se ilustra en la tabla 26; en el 90% de los casos con apéndices perforados, en el 14.2% de los casos con apendicitis aguda y en el 50% de los casos con periependicitis.

El 3.1% de todos los pacientes tuvieron episodios similares en el pasado, sin consecuencias en cuanto a la presencia o ausencia de lesión apendicular; uno de los pacientes mayores de 50 años tuvo cuadros similares durante el año anterior a la cirugía y tuvo apendicitis perforada.

El 50% de las pacientes sometidas a cirugía tuvieron historia de cursar con su período menstrual, pero no hubo diferencia entre los casos que sí presentaron apendicitis aguda y las que no tuvieron este diagnóstico.

Hubo 4 casos de embarazo del primer trimestre, en 3 de ellos el diagnóstico definitivo fue de apendicitis aguda, una de ellas tuvo desprendimiento prematuro de placenta normal inserta posteriormente y el producto no tuvo problemas<sup>24</sup>. En las otras dos el embarazo llegó a término sin consecuencias, la otra paciente tuvo colecistitis aguda, pero el embarazo llegó a término sin complicaciones.

La diarrea y la constipación no fueron síntomas muy frecuentes en esta serie y se informaron solo en el 7.93% y el 1.98% de todos los casos respectivamente; el 90.09% restante informó que evacuaba en forma normal (tabla 26).

EXPLORACION FISICA: Fueron investigados los parámetros referidos en la tabla 18.

Las frecuencias de los pulsos presentes dependiendo de los diagnósticos definitivos se presentan en la tabla 27, y la diferencia aparente es entre los casos de apéndices perforados y el resto de los diagnósticos con  $103.5^{+14}$  y  $84.9^{+10.9}$  pulsos por minuto respectivamente.

Los valores promedio de la temperatura registrada - se muestra en la tabla 28. Las diferencias entre los diversos estadios de la apendicitis son estadísticamente significativas pero en rangos generales más que como algo específico confiable.

El dolor a la palpación fue paralelo a la incidencia del dolor inicial, estuvo presente en el 97.7% y en la F<sub>0</sub> se ilfaca derecha en el 90.65%. No existió diferencia entre - esta localización del dolor y el diagnóstico definitivo; los - detalles de esto se presentan en la tabla 30.

El rebote en la fosa ilfaca derecha estuvo presente en el 82.72% de todos los casos, sin que existiera diferencia cuando se analizó por diagnóstico definitivo, como se muestra en la tabla 32.

El tacto vaginal fue positivo en el 28.27% de los - casos femeninos, pero sin diferencia con los diagnósticos definitivos.

El tacto rectal doloroso en la pared lateral derecha fue positivo en el 39.26% de todos los casos, sin que existiera diferencia cuando se analizan los diagnósticos definitivos.

La peristalsis estuvo presente en el 88.66% de todos los casos sin que exista diferencia con los diagnósticos definitivos, excepto en los casos de apéndices perforados, porque

en todos los casos donde no existía peristalsis se encontró - esta situación, esto se detalla en la tabla 31.

De los signos buscados como el: punto de McBurney - doloroso, el de Capurro, el de Rovsing, el del Psoas, el del Obturador, la hiperestesia y la hiperbaralgesia de la fosa ilíaca derecha, el resultado obtenido se presenta en la tabla 32. El único signo confiable cuando se trata de un cuadro de apendicitis aguda es la presencia de dolor en el punto de McBurney y en esta serie fue positivo en el 80% de los casos.

#### ESTUDIOS DE LABORATORIO

Los únicos datos investigados fueron la Biometría Hemática completa con diferencial, pero este último dato no es procesado de urgencia en nuestro laboratorio, por lo que prescindimos de él para el análisis final. Fueron 240 casos en total donde se obtuvo el resultado de una Biometría Hemática ,(68%); en 113 hombres,(69.75%) y en 127 mujeres,(66.5%). Los resultados obtenidos se muestran en la tabla 33, donde se nota una diferencia entre los casos con apéndices perforados con  $14\ 144^{\pm} 794.5$  leucocitos contra los  $10\ 004.5^{\pm} 1601$  leucocitos de los casos con apéndices normales. En el resto de los diagnósticos definitivos la diferencia es en el rango general más que una situación confiable.

#### ESTUDIOS DE GABINETE

116 pacientes fueron operados sin estudios radioló-



gicos previos, (32,86%); y a los 237 pacientes que se les tomaron radiografías en forma preoperatoria, (67,14%); en 24 casos las radiografías fueron normales, (10,12%) y en 213 casos, -- (89,87%) se encontraron anomalías, las cuales se detallan en la tabla 34. Se describió un focolito en 3 casos, (1,4%); - en una paciente se visualizó un lito intravesicular y 2 mostraban una imagen de vidrio despulido que correspondió a apéndices perforados.

#### MANEJO HOSPITALARIO

**PREOPERATORIO:** Todos los pacientes con sospecha de apendicitis aguda fueron admitidos a observación del Servicio de Urgencias Adultos, hasta que se decidió su cirugía. La - tardanza promedio entre la llegada del paciente al hospital y el inicio de la cirugía en general fue de  $9,27 \pm 7,75$  horas, la diferencia más aparente fue con los casos reportados posteriormente como normales y que fue de  $15,55 \pm 15,35$  horas. Es atribuible a la incertidumbre diagnóstica preoperatoria, en la ta bla 35 se muestran los resultados obtenidos.

No se descubrió que la tardanza para efectuar la ci rugía sea un factor condicionante de la perforación apendicular, tal como lo refieren Mittelpunkt y Nora. Una situación - que llama la atención es que los pacientes que llegaron al hos pital en el turno nocturno, tuvieron una mínima tardanza para efectuar la cirugía.

El 90% de los pacientes fue manejado con antiúti- cos preoperatorios, desde el momento de la decisión de ser in

tervenidos y los esquemas manejados fueron los siguientes: AM-  
 PICILINA-GENTAMICINA-METRONIDAZOL; GENTAMICINA-METRONIDAZOL;  
 AMPICILINA-METRONIDAZOL Y CEFALOTINA-METRONIDAZOL<sup>3,17</sup>; los do-  
 sis fueron las siguientes: para la Gentamicina 80 mg., IV cada  
 8 horas; para la Cefalotina 2 grs., IV cada 6 horas; para la  
 Ampicilina 2 grs., IV cada 6 horas y para el Metronidazol 500  
 mgr., IV cada 6 u 8 horas. En todos los casos se efectuó tri-  
 cotomía de la región abdominal y el 80% de todos los casos fue  
 manejado con sonda vesical.

TRANSOPERATORIO: Todos los pacientes fueron maneja-  
 dos con anestesia general inhalatoria o endovenosa. En la ta-  
 bla 36 se detalla el tipo de incisión con que se inició la ex-  
 ploración y la más usada fue la transrectal derecha; la inci-  
 sión media se utilizó en aquellos casos donde el diagnóstico  
 era incierto o cuando se sospechaba la presencia de una com-  
 plicación. En los dos últimos años aumentó la incidencia de -  
 las incisiones transversas, principalmente en pacientes jove-  
 nes. [Figura 8].

En la mayoría de los casos pudo efectuarse la apen-  
 dicectomía pinzando la base, luego se ligó el muñón con seda y  
 se colocó una jareta con catgut en la periferia de la base y  
 al final se invaginó el muñón. Cuando no se pudo efectuar es-  
 ta maniobra solo se ligaba el muñón y así se dejaba; en una -  
 ocasión porque el ciego estaba perforado se efectuó una hemi-  
 colectomía derecha<sup>11</sup>.

Se efectuó lavado local con solución salina tibia -  
 cuando existía material purulento, a juicio del cirujano; se  
 colocaron drenajes tipo Penrose o Saratoga cuando la contami-

nación de la cavidad abdominal era generalizada, esto a juicio del cirujano<sup>3</sup>. Lo anterior a sido puesto en duda por diversos cirujanos, que refieren que no se puede drenar la cavidad en forma satisfactoria porque cualquier tipo de drenaje después de 6 horas, ya este cubierto por el epiplón y esto inutiliza el drenaje; en nuestra experiencia cuando se colocan drenajes solo se prolonga la estancia del paciente y se aumenta la frecuencia de las complicaciones, como un íleo prolongado [tabla 43].

Dependiendo también del grado de contaminación de la herida quirúrgica a juicio del cirujano se efectuaba cierre primario o se dejaba abierta para que cerrara por segunda intención, aunque existen algunos cirujanos que a pesar de la contaminación de la herida, las manejan con cierre primario con un consiguiente aumento de la frecuencia de los abscesos de pared como se describe en la tabla 40<sup>23</sup>.

En la mayoría de los casos al terminar el acto quirúrgico se retiró la sonda vesical o se dejaba a permanencia cuando se encontraba una apendicitis complicada y dependiendo del estado clínico del paciente.

El material de sutura utilizado fue muy diverso dependiendo siempre de su existencia en la central de equipos.

El 99% de los casos fueron operados por residentes del Servicio de Cirugía General de diversos grados.

#### MORBIMORTALIDAD

INFECCION DE LA HERIDA Y ABSCESOS INTRABDOMINALES:

La más común de las complicaciones fue la infección de la herida quirúrgica como absceso de pared, y representa el 10.2% y los abscesos intrabdominales el 1.13%. Se efectuó un análisis de los siguientes factores: diagnóstico definitivo, tipo de incisión empleada, tipo de cierre de la herida y el uso de antibióticos. En la tabla 40 se muestra la frecuencia del absceso de pared respecto con el diagnóstico y el tipo de cierre de la herida. No hubo diferencia aparente entre los pacientes con apendicitis aguda o perforada, con una frecuencia del 0.26%. En una de las pacientes con absceso intrabdominal se recuperó una oliva de la cánula de Yankeuer.

No se encontró que existiera una influencia por el tipo de incisión utilizada sobre la frecuencia de los abscesos de pared, pero sí dependiendo del cierre utilizado: 7.93% en los cierres primarios contra el 2.26% de los casos con cierre secundario. Esto va en contra de lo descrito, ya que se supone que en estos casos la contaminación fue mayor<sup>20</sup> (tabla 40).

No existió diferencia entre el uso o no de antibióticos en forma preoperatoria y la frecuencia de los abscesos de pared o intrabdominales.

Ocurrió sepsis sistémica en el 1.13% de todos los casos, todos con el apéndice perforado y en mayores de 50 años de edad, como se esperaba en estos pacientes por enfermedades asociadas, (3 hombres y una mujer)<sup>4,6</sup>.

#### ESTANCIA HOSPITALARIA

Como se detalla en la tabla 37 existe una diferencia

aparente entre los casos de apéndices perforados y los agudos y entre los hombres y las mujeres.

**OTRAS COMPLICACIONES:** Las tablas 41 y 42 muestran - las otras complicaciones presentes, en esta serie de pacien - tes y representan el 8.5% de los casos; siendo las más graves en los pacientes con apéndices perforados y con alguna enfer - medad asociada, principalmente en mayores de 50 años, lo cual va de acuerdo con lo reportado.

La morbilidad de los casos con apéndices normales - fue del 0.28%, con un absceso de pared; lo cual es excelente para este tipo de pacientes <sup>16</sup>.

#### MORTALIDAD

Hubo 4 muertes lo cual corresponde a una frecuencia del 1.13% en nuestra serie, 3 casos en mayores de 50 años, 2 de ellos por falla orgánica múltiple y otro por tromboembolia pulmonar masiva secundaria a inmovilidad del paciente. Hubo u na muerte en una joven de 14 años, 7 horas posteriores a la - cirugía en forma súbita. Todos los casos tuvieron apéndices - perforados lo cual corresponde a una mortalidad por este pro - blema del 6.45%, muy similar a lo reportado por Cooperman <sup>8</sup>.

#### COMENTARIO

Los datos demográficos aquí presentados son simila - res a los de otras grandes series revisadas <sup>12,20,21,36</sup>. La -- distribución por edad muestra que la apendicitis aguda se pre

sente con mayor frecuencia entre la segunda y tercer década de la vida y en estas décadas corresponden al 59.77% de los pacientes operados. La relación hombre-mujer en este caso está a favor de las mujeres con 1,18:1. Los mayores de 50 años solo representan el 9.62% de los casos, el doble de lo reportado por Owens y Hamit, 4.2%; casi similar a lo reportado por Feltokallio y Tykkä, 8.8%; también es superior a lo informado por este Hospital en 1981 con una frecuencia de 6.59% y casi similar al análisis retrospectivo con 10.36% de los casos. Es posible que esté aumentando el número de ancianos atendidos y que por alguna razón las personas viven más<sup>6,20,31</sup>.

La frecuencia de perforación en ambas series fue del 16.1% y del 17.56%, lo cual representa el rango inferior de las series revisadas, (10% al 39% de los pacientes operados por apendicitis aguda). Es congruente con lo informado en 1981, 12.1%; - esto solo indica que se está siendo más agresivo cuando se sospecha un cuadro de apendicitis aguda<sup>4,6,15,30</sup>. No estoy de acuerdo en lo afirmado por Cooperman<sup>B</sup>, en que el retardo por parte del médico en instituir el tratamiento adecuado sea el factor - de menos peso en esta situación. La mayoría de nuestros pacientes ya han visto algún médico durante el transcurso de su padecimiento y han sido sometidos a algún tipo de tratamiento sin la menor sospecha de un cuadro apendicular. Principalmente en - el grupo de mayores de 50 años por la presentación tan atípica del cuadro<sup>4,6,8,20,26,28,30</sup>. En nuestro caso el problema radica en el manejo prehospitalario ya que como dice Berry y Malt<sup>4</sup> el instinto clínico hace la sospecha y este tipo de pacientes son llevados con menor tardanza a cirugía<sup>13</sup>.

La frecuencia de apendicectomías negativas en ambas series fue del 11.33% y del 8.78%, ambas superiores a lo infor-

mado en 1981 con 3.9%; pero estan colocadas en el rango inferior de las cifras aceptables, para este caso por diversos investigadores que van del 5% al 33%<sup>16,20,21,23,36</sup>. Lo cual indica que se estan interviniendo más casos con la sospecha de apendicitis aguda<sup>13,15,16,23</sup>.

En ambas series la frecuencia de los casos que si fueron apendicitis aguda fueron de 839 casos,83.4% y 308 casos,87.25%; lo cual representa la certeza diagnóstica y basados en las cifras descritas que van del 66% al 91%, estamos en un rango bastante aceptable<sup>4</sup>. En otras palabras significa que si la espera es mayor para tener un diagnóstico certero estaremos operando más apéndices perforados y si nuestra espera no es la suficiente para tener un diagnóstico de mayor sospecha, se operarian muchos casos con apéndices normales. Es recomendable mantener un equilibrio entre las cifras de apéndices perforados y la de normales, como ocurre en nuestro caso. Según Berry y Malt una cifra de falsas positivas del 23% es bastante razonable<sup>4</sup>.

Los signos y síntomas, además de los estudios de laboratorio y gabinete investigados cuando estan presentes en conjunto,nos proporcionan datos bastantes sugestivos para poder diagnosticar un cuadro de apendicitis aguda<sup>27</sup>. Cuando nos refieren mayor tiempo de evolución, mayor cuenta leucocitaria, mayor temperatura y los signos y síntomas son muy evidentes,se debe sospechar un cuadro de apendicitis complicada, principalmente si trata de un paciente mayor de 50 años<sup>4,26,28,30,39</sup>.

Una situación que nos llama la atención es que el 95% de los pacientes llegan al hospital con medicación alguna y la gran mayoría han visto a algún médico, principalmente por dolor abdominal y tienen prescripción de analgésicos en el --

100% de los casos y de antibióticos en el 70%; que van desde - las diversas penicilinas y cefalosporinas, ampicilina, eritromicina, tetraciclinas, aminoglicosidos, cloranfenicol, clindamicina, metronidazol y en algunos casos antiemibianos; la mayoría con dosis insuficientes y combinados entre sí. El 100% de los pacientes con apéndices perforados, había recibido antibióticos. Si la tardanza para establecer un tratamiento es el resultado de que los pacientes no acuden en busca de este tratamiento, va mas allá del control de los médicos y puede probablemente mejorar, solo a través de la educación del paciente - para su orientación y sospecha<sup>26,28,36,38,6</sup>. La responsabilidad de la falla para tener un diagnóstico temprano y poder ofrecer el tratamiento quirúrgico adecuado de los pacientes que han acudido con un médico es la responsabilidad del médico y puede mejorar a través de esfuerzos similares para superar su orientación<sup>8,36,38,6</sup>.

En los casos de apéndices normales un hecho que nos - puede ayudar a sospechar un problema pélvico ginecológico es la historia previa del mismo cuadro en relación a su período menstrual, la presencia o no de leucorrea y el tiempo de evolución.

Los datos aquí presentados no concuerdan con lo referido por Berry y Malt, ya que en nuestro caso las radiografías simples de abdomen sí nos proporcionan datos sugestivos de apendicitis aguda con bastante certeza, con una sensibilidad del 85%.<sup>4</sup> Tampoco se está de acuerdo con que el rebote en la fosa ilíaca derecha no sea un signo de confianza en el diagnóstico de la apendicitis aguda, aunque provoca molestias al paciente siempre nos traduce la existencia de irritación peritoneal localizada<sup>4</sup>, 6,26,28,30,39.

Según otros reportes el tipo de incisión efectuada es



un factor determinante en la aparición de infección de la herida<sup>23</sup>. Aunque las incisiones verticales nos proporcionan una mejor oportunidad de exploración, deben utilizarse solo en ca sos cuando el diagnóstico es incierto o cuando se sospecha al gún tipo de complicación. El tipo de incisión ideal para tratar la apendicitis aguda, es la incisión transversa tipo Rockey-Davis<sup>4,6,8,20,23</sup>, ya que esta se puede ampliar en forma tal, que no es necesario otro tipo de incisión cuando el diagnóstico transoperatorio no es apendicitis aguda<sup>6</sup>. En nuestros casos todas las hernias incisionales fueron secundarias a incisiones verticales, tipo pararectal [ la cual esta ya pros-- crite de la cirugía, porque deja sin inervación y sin irrigación todo el tejido que queda hacia la línea media y es un -- factor principal de dehiscencia].

Según las cifras anotadas anteriormente la frecuencia de las complicaciones presentes, en esta serie, son magníficas puesto que nos traducen un buen manejo pre,trans y posoperatorio de la apendicitis aguda, apoyado esto en la frecuencia de la mortalidad, que se encuentra de los rangos aceptables de cualquier hospital que se jacte de una buena atención médica<sup>15,26,30</sup>.

El uso de antibióticos preoperatorios debe ser indi vidualizado, porque según esta serie no influye en los resultados finales de las complicaciones, porque estas son secunda rias al hallazgo transoperatorio. Tal parece que la medicación prehospitalaria protege a nuestros pacientes de las complicaciones de este padecimiento y se esta modificando la evolu--- ción natural de la apendicitis aguda, esto apoyado en las ci-

frases de apéndices perforados y en la frecuencia de nuestras complicaciones<sup>4,6,8,15,20,26,30,38</sup>.

El uso de drenajes, como dicen Brumer y Greenall, - deben limitarse para drenar el pús localizado y no son nada - buenos cuando se utilizan como telismenos<sup>4,6,8,39</sup>.

Comparando estas cifras con las reportadas en 1981, se disminuyó la cifra de complicaciones del tipo del absceso de pared y del absceso intrabdominal en casi el 50%; se disminuyó la estancia hospitalaria en general de  $6.9^{+2.9}$  días a  $5.73^{+3.43}$  días y lo más aparente fue con los casos de apéndices perforados de  $13.8^{+3.5}$  días a  $9.55^{+8.09}$  días<sup>4,6,30</sup>; la mortalidad aumentó de 0.53% a 1.13%, lo cual nos habla posiblemente del aumento en la atención al grupo de mayor riesgo como lo son los ancianos, porque a este grupo pertenecen el 75% de los pacientes fallecidos, esta cifra esta acorde con lo aceptado por la mayoría de los investigadores que refieren hasta el 1% de mortalidad por apendicitis aguda<sup>8</sup>.

#### CONCLUSIONES

Este estudio confirma que la apendicitis aguda es - un problema significativo en la población adulta con un aumento de la morbimortalidad en los extremos de la vida<sup>4,8,20,26</sup>. El común denominador para disminuir la morbimortalidad es una combinación de la reducción en la frecuencia de los apéndices perforados y un manejo agresivo de las secuelas infecciosas - durante y después de la cirugía cuando existe perforación.

Un análisis cuidadoso de los síntomas y signos en - los pacientes con apendicitis aguda indica un incremento en - la dificultad para su diagnóstico ya que se confunde con otros

padecimientos principalmente en los viejos. Los pacientes de menos de 50 años frecuentemente se presentan con el "prodromo clásico" de dolor difuso con localización posterior a la fosa ilíaca derecha seguido de náuseas, vómito y anorexia. La náusea y el vómito son síntomas relativamente frecuentes de la apendicitis aguda<sup>30</sup>.

Este estudio confirma el descubrimiento de otros: - que el signo físico temprano más significativo para el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis aguda es la presencia de dolor en la fosa ilíaca derecha<sup>4,6,8,26,28,30,39</sup>.

Las radiografías simples de abdomen pueden apoyar la presencia de alguna condición intrabdominal si hay evidencia de un íleo o de obstrucción del intestino delgado, pero una radiografía normal definitivamente no debe ser utilizada para negar el diagnóstico de apendicitis aguda<sup>4,6</sup>.

La fiebre y la taquicardia se notaron más frecuentemente en los estadios más avanzados de la apendicitis pero no son confiables en los casos iniciales o no perforados.

La reducción de las complicaciones de la apendicectomía a través de una incisión transversa en la fosa ilíaca derecha, separando los músculos, nos sirve para calificarla como la incisión de elección para una apendicectomía.<sup>8,20,22</sup>

Nuestros resultados apoyan las recomendaciones previas que un tratamiento agresivo es justo y necesario tanto en pacientes jóvenes como en viejos<sup>5,15,26,30,36</sup>.

Este estudio confirma que el único factor más importante en la morbimortalidad de los pacientes con apendicitis aguda es la presencia de perforación durante el transoperatorio<sup>4,6,15,30</sup>.

Se debe dejar un drenaje cuando existe un absceso o cuando ocurre una contaminación significativa de la cavidad.

Se deben utilizar antibióticos preoperatorios en la apendicitis aguda individualizando cada caso porque ya está probado que disminuyen la frecuencia de las complicaciones infecciosas 6,5,17,20,22,31

Se debe tener una atención metódica y diligente para detallar el apoyo médico y metabólico que pueda ayudar a reducir la morbilidad y consecuentemente disminuir los costos y la estancia hospitalaria 4,6,30.

# POBLACION APENDICECTOMIZADA

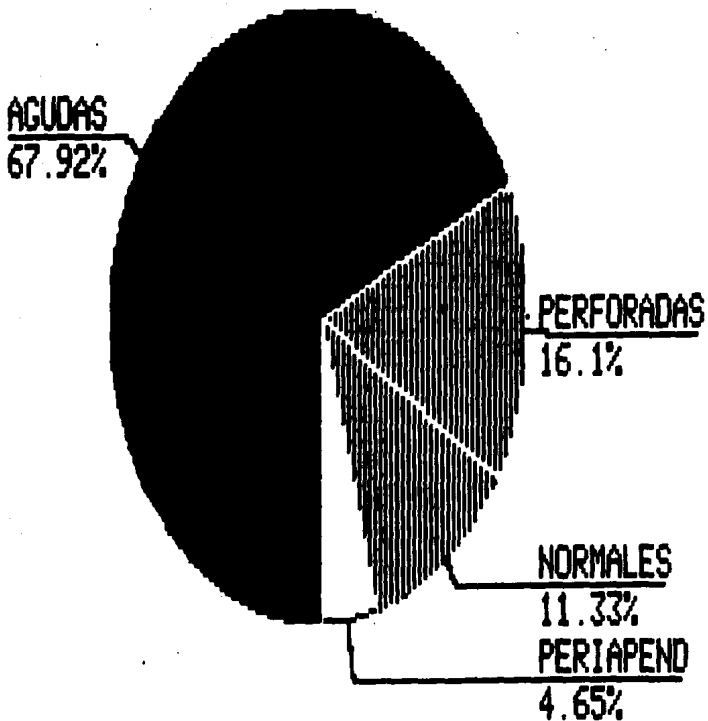


FIGURA 1

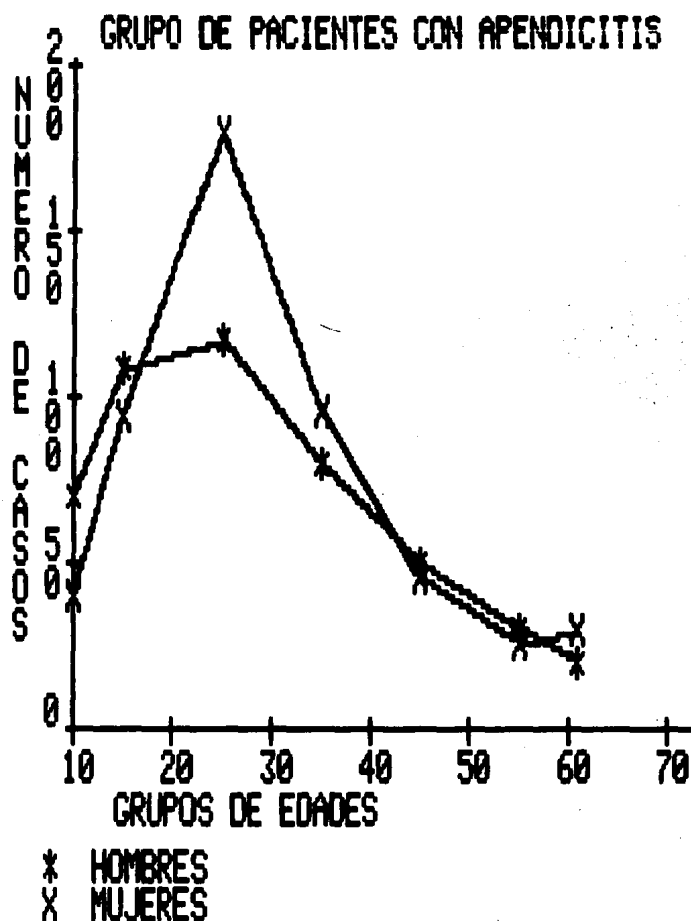


FIGURA 2.

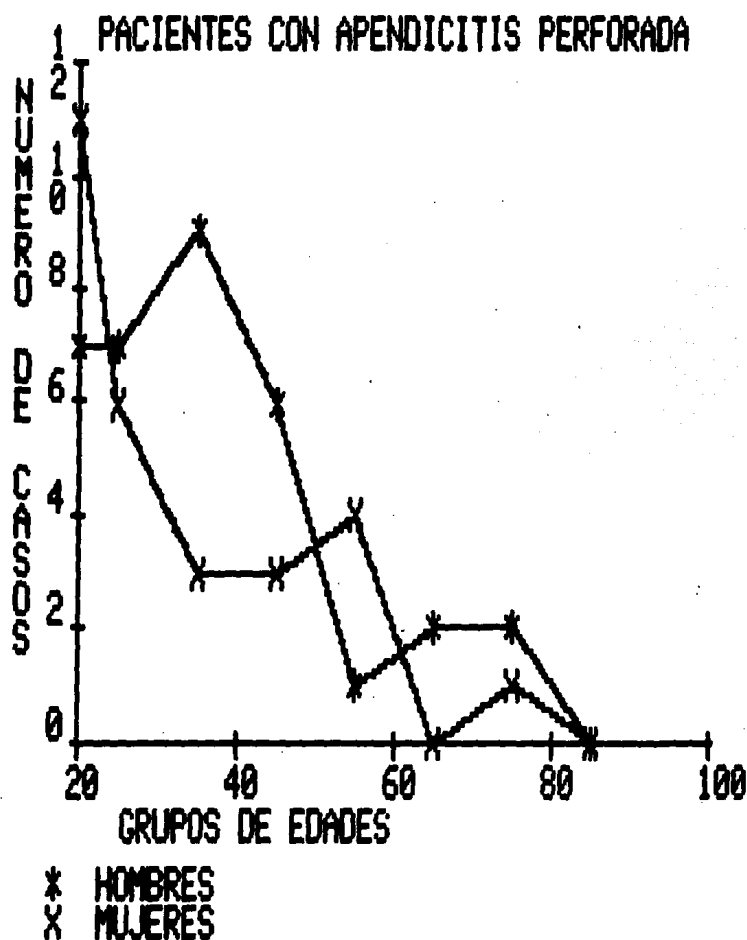


FIGURA 3.

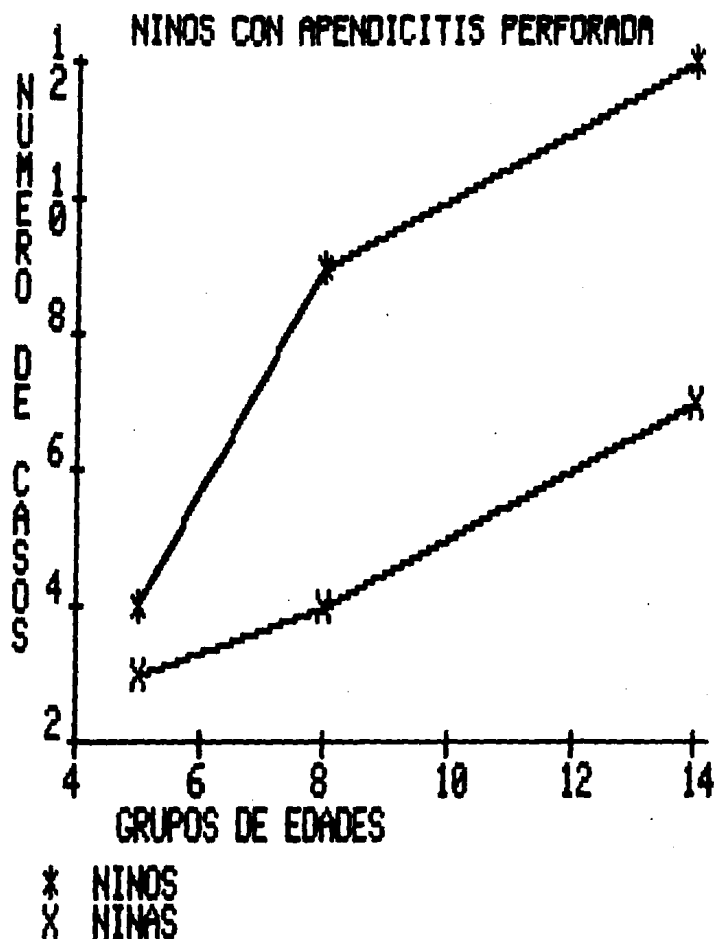


FIGURA 4.



## DISTRIBUCION POR SEXO

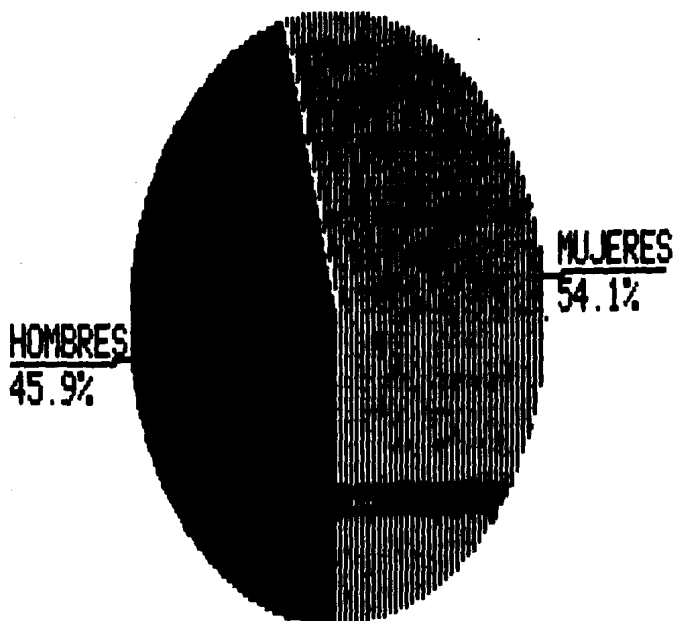


FIGURA 5.

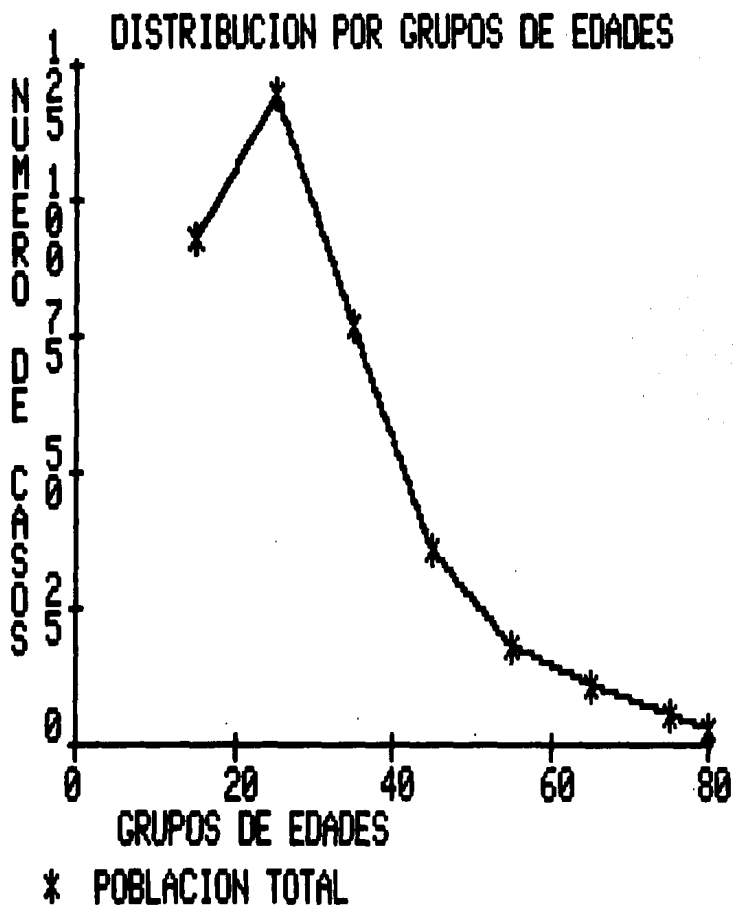


FIGURA 6.

## DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO

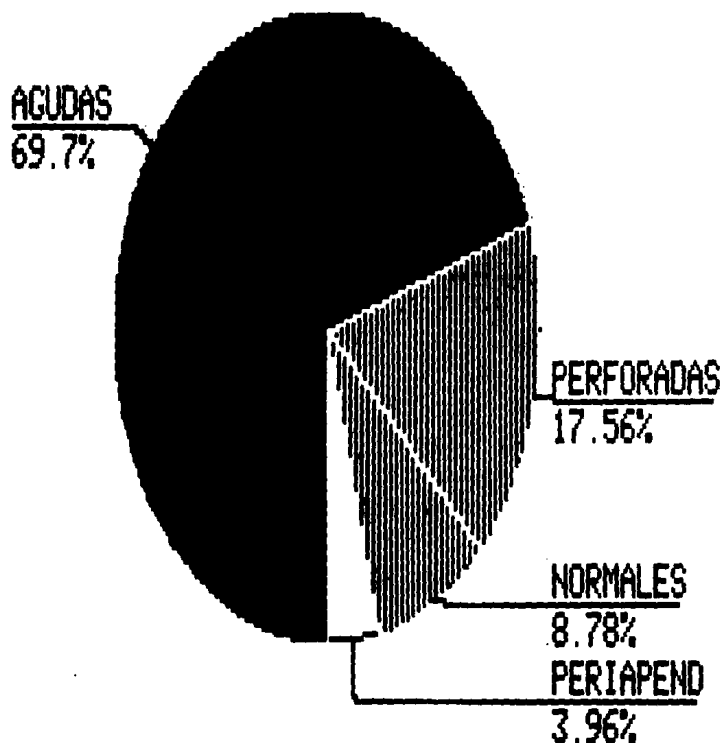


FIGURA 7.

## TIPOS DE INCISIONES UTILIZADAS

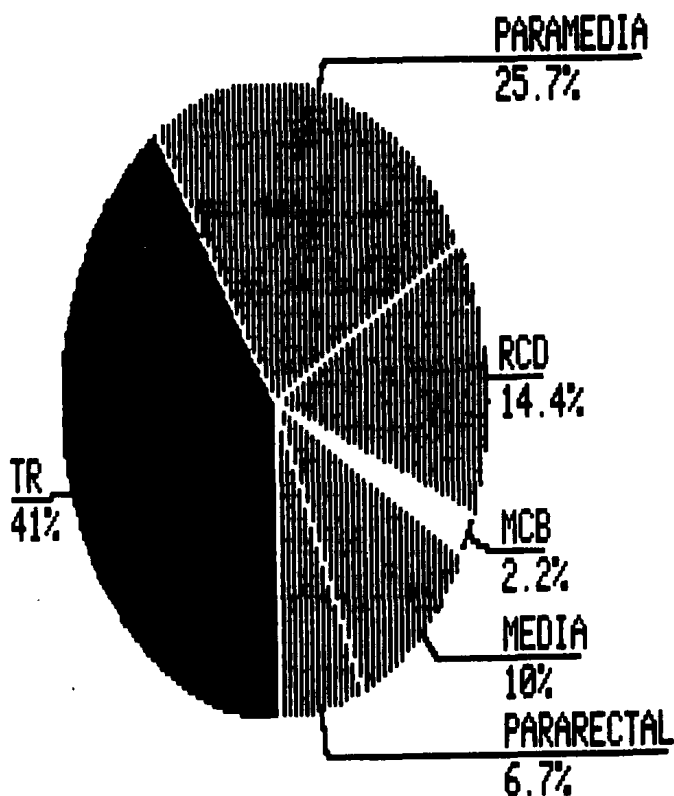


FIGURA 8.

TABLA 1

## VARIABLES INDEPENDIENTES

DATOS DEMOGRAFICOS:	
	SEXO
	EDAD
REPORTE HISTOPATOLOGICO:	
	APENDICE NORMAL
	PERIAPENDICITIS
	APENDICITIS AGUDA
	APENDICITIS SUBAGUDA
	APENDICITIS NECROHEMORRAGICA
	APENDICE PERFORADA
	APENDICITIS CRONICA
	APENDICITIS AMIBIANA
	APENDICITIS CON PARASITOS
	FIBROSIS OBLITERANTE
	APENDICITIS CON HIPERPLASIA LINFOIDE
	APENDICE CON CARCINOIDE
	APENDICE CON NEOPLASIA MALIGNA
	APENDICE CON DIVERTICULOS
	NO VALORABLE POR AUTOLISIS (mala fijación)
	OTRA CONDICION

TABLA 2. REPORTE HISTOPATOLOGICO DE LOS CASOS RECIBIDOS COMO APENDICITIS AGUDA

DIAGNOSTICO	TOTAL % [N=1006]	HOMBRES % [N=477]	MUJERES % [N=529]
APENDICE NORMAL	11,33 %	6,91 %	15,31 %
APENDICITIS AGUDA	67,32 %	65,68%	60,73 %
APENDICE PERFORADO	14,21 %	19,28 %	9,63 %
APENDICE PERFORADO CON ABSCESO	1,89 %	1,47 %	2,27 %
APENDICITIS CRONICA	0,2 %	0	0,38 %
PERIAPENDICITIS	2,58 %	2,51 %	2,64 %
NEOPLASIAS MALIGNAS	0,6 %	0,62 %	0,56 %
CARCINOIDES	0,2 %	0,2 %	0,18 %
INCIDENTALES	1,69 %	1,04 %	2,26 %

TABLA 3. REPORTE DE LOS CASOS DE APENDICITIS AGUDA Y CONDICIONES ASOCIADAS

DIAGNOSTICO	TOTAL % (N=618)	HOMBRES % (N =323)	MUJERES % (N=295)
FIBROSIS OBLITERANTE	1.6	0.41	2.64
HIPERPLASIA LINFOIDE	2.7	1.88	3.40
AMIBIANA	1.2	1.04	1.32
OTROS PARASITOS	0.7	0.2	1.13
MUCOCELES	0.1	0	0.18
DIVERTICULOS	0.8	0.83	0.75
SUBAGUDAS	2.88	2.51	3.21

TABLA 4. COMPARACION DE LOS GRUPOS DE EDAD CON APENDICITIS AGUDA Y PERFORADA

DIAGNOSTICO	5 AÑOS	6-14 AÑOS	15-20 AÑOS	21-30 AÑOS	31-40 AÑOS	41-50 AÑOS	51-60 AÑOS	60 AÑOS	TOTAL %
APENDICITIS AGUDA	3.18%	17%	14.9%	29.52%	17.7%	9.44%	4.67%	4.87%	100 %
APENDICITIS PERFORADA	4.32%	19.75%	10.5%	22.83%	19.13%	11.72%	4.93%	5.8%	100 %



TABLA 5.

## APENDICES NORMALES

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
RANGO	4 MESES-94 AÑOS	21 DIAS-78 AÑOS	21 DIAS - 94 AÑOS
PROMEDIO	26.4 AÑOS	21.9 AÑOS	24.1 AÑOS
< 14 AÑOS	9	13	22
10 - 19 AÑOS		18.27	
20 - 30 AÑOS		31.18	41.93
31 - 40 AÑOS		10.75	
CASOS	33	81	114
% CASOS	28.94	71.06	100
% POBLACION ESPECIFICA	6.9	15.31	
% POBLACION TOTAL	3.28	8.05	11.33

TABLA 6. COMPARACION DE LAS SERIES DE APENDICECTOMIAS REVISADAS

AUTOR	TOTAL DE CASOS	APENDICE NORMAL %	APENDICE PERFORADO %
LAW Y COLS. <sup>18</sup>	216	11	29
SCHIFFMANN Y BORGMANN <sup>+37</sup>	1179	*	10
SADRICH Y FARPOUR <sup>34</sup>	970	1,5	25
MACHILDON Y DUDGEON <sup>22</sup>	240	*	37
ROSS Y COLS. <sup>33</sup>	2322	42	*
SILBERMAN <sup>38</sup>	1013	14,7	18,9
LEWIS Y COLS. <sup>20</sup>	1000	20	21
SCHER Y COIL <sup>36</sup>	335	*	32,2
LAU Y COLS. <sup>16</sup>	938	11,4	16,8
KOEPSSELL <sup>15</sup>	186	*	20,9
BARNES Y COLS. <sup>2</sup>	5800	18	*
LOPEZ GAVITO <sup>21</sup>	2068	21,47	*
SERIE ACTUAL	1006	11,33	16,1

\* NO REPORTAN DATOS

+ REPORTAN EL 35,7% DE APENDICITIS CRONICA

TABLA 7. APENDICITIS EN EL GRUPO DE EDAD INFANTIL Y EN ANCIANOS

DIAGNOSTICO	TOTAL % (N=1006)	HOMBRES % (N=477)	MUJERES % (N=529)
POBLACION ADULTA	803 (79.82%)	73.79% (352)	65.25% (451)
MENORES DE 14 AÑOS	203 (20.18%)	26.21% (125)	14.75% (78)
CON APENDICITIS AGUDA	128 (12.72%)	16.14% (77)	9.64% (51)
CON APENDICE PERFORADO	39 (3.87%)	5.24% (25)	2.64% (14)
MAYORES DE 50 AÑOS	100 (9.94%)	10.69% (51)	9.26% (49)
CON APENDICITIS AGUDA	80 (7.95%)	8.80% (42)	7.18% (38)
CON APENDICE PERFORADO	19 (1.88%)	2.51% (12)	1.32% (7)

**TABLA 8. INCIDENCIA ANUAL DE LA SERIE REPORTADA**

AÑO	APENDICECTOMIAS	NORMALES	APENDICITIS	PERFORADA
1981	269	27	206	43
1982	305	31	229	60
1983	299	54	232	47
1984-JUN	133	19	92	12
TOTAL	1006*	131	759*	162
* SE DESCARTARON 17 CASOS PORQUE SE REALIZARON EN EL TRANSCURSO DE OTRA CIRUGIA ABDOMINAL.				

**TABLA 9. COMPONENTE INFLAMATORIO Y OTRAS CONDICIONES ASOCIADAS DE LOS APENDICES PERFORADOS.**

COMPONENTE CELULAR	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AGUDAS	93	57	150
SUBAGUDAS*	8*	7*	15
GANGRENADAS	6	3	9
NECROHEMORRAGICAS	1	1	2
AMIBIANA <sup>+</sup>	1	1	2
ASCARIS LUMBRICOIDES <sup>+</sup>	0	1	1
FIBROSIS OBLITERANTE <sup>+</sup>	0	1	1
TOTAL	99	63	162
* EN 3 CASOS EXISTIA COMPONENTE INFLAMATORIO AGUDO + EN TODOS LOS CASOS EXISTIA COMPONENTE INFLAMATORIO AGUDO			

TABLA 10. PERIAPENDICITIS

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
RANGO	10/12 - 92 AÑOS	12 - 42 AÑOS	10/12 - 92 AÑOS
PROMEDIO	50,5 AÑOS	23,8 AÑOS	37
CASOS	12	14	26
AGUDOS	10	10	20
SUBAGUDOS	1	1	2
CRONICAS	1	3	4
% CASOS	46	54	100
% POBLACION ESPECIFICA	2,5	2,64	2,58
% TOTAL	1,19	1,39	2,58

**TABLA 11. APENDICITIS SUBAGUDAS**

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CASOS	12	17	29
PERFORADOS	8	7	15
ABSCEDADAS	2	1	3
NECROTICAS	1	1	2
SUBAGUDAS	1	8	9
% DE CASOS	41	59	100
% POBLACION ESPECIFICA	2.51	3.21	
% TOTAL	1.19	1.69	2.88

TABLA 12.

## APENDICITIS AMIBIANA

	HOMBRES	MUJERES	
RANGO	32 - 49	4 - 58	4 - 58
PROMEDIO	39,75	34,3	37
CASOS	5	7	12
ABSCEDADAS	1	1	2
PERFORADA	1	1	1
% CASOS	41	59	100
% POBLACION ESPECIFICA	1,04	1,32	
% TOTAL	0,5	0,7	1,2



TABLA 13. APENDICITIS CON PARASITOS

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
TRICHURIS TRICHURIA	1	1	2
ENTEROBIUS VERMICULARIS*	0	2	2
ASCARIS LUMBRICOIDES	0	3	3
EDAD PROMEDIO	5 AÑOS	25 AÑOS	15 AÑOS
% POBLACION ESPECIFICA	0.2	1.13	
% TOTAL	0.1	0.6	0.7
* SCHIFFMAN Y BERGMANN <sup>37</sup> , REPORTAN EN UNA SERIE DE 1179 PACIENTES DE APENDICITIS EN NIÑOS, EL 30% DE ESTA PATOLOGIA.			

TABLA 14. APENDICES REPORTADOS CON HIPERPLASIA LINFOIDE

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CASOS	9	18	27
RANGO	16 - 53 AÑOS	4 - 32 AÑOS	4 - 53 AÑOS
PROMEDIO	33,1 AÑOS	18,3 AÑOS	25,7 AÑOS
% POBLACION ESPECIFICA	1,88	3,40	
% CASOS	33,3	66,7	100
% TOTAL	0,9	1,8	2,7

TABLA 15. APENDICES CON DIVERTICULOS

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
CASOS	2	2	4
DIVERTICULITIS	2	2	4
% CASOS	50	50	100
RANGO	25 - 72 AÑOS	47 - 84 AÑOS	25 - 84 AÑOS
PROMEDIO	26 AÑOS	63 AÑOS	44.5 AÑOS
% POBLACION ESPECIFICA	0.83	0.75	
% TOTAL	0.4	0.4	0.8

**TABLA 16. APENDICITIS NECROHEMORRAGICA**

	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
AGUDAS	18	19	37
PERFORADAS	7	3	10
SUBAGUDAS	1	1	2
TOTAL	26	23	49
% CASOS	53	47	100
RANGO	2 - 62 AÑOS	3 - 80 AÑOS	2 - 80 AÑOS
PRDMEIO	26,3 AÑOS	27,7 AÑOS	27 AÑOS

TABLA 17. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS CUANDO EL INFORME HISTOPATOLOGICO FUE DE PERIAPENDICITIS.

HOMBRES		MUJERES	
DIAGNOSTICOS	CASOS	DIAGNOSTICOS	CASOS
PERFORACION ILEAL POR SALMONE- LA	3	ENFERMEDAD GINECOLOGICA	8
ULCERA PEPTICA PERFORADA	3	SALPINGITIS ABSCEDADA	2
PICOLECISTO ROTO A CAVIDAD	2	SALPINGITIS BILATERAL	4
DIVERTICULO PERFORADO DEL COLON	3	QUISTE ENDOMETRIOSICO	2
PANCREATITIS AGUDA	1	PICOLECISTO	4
		PANCREATITIS AGUDA BILIAR	2

**TABLA 18 DATOS INVESTIGADOS EN LOS PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA**

<b>DATOS GENERALES</b>	<b>LABORATORIO Y GABINETE</b>
- Nombre y Edad	- Leucocitos
- Sexo	- Tala de Torax
- Fecha y Hora de Ingreso	- Simplex de Abdomen
- Fecha y Hora de Intervención	<b>EVOLUCION INTRAHOSPITALARIA</b>
- Fecha de Egreso	- Diagnóstico Preoperatorio
- Días de Estancia Hospitalaria	- Diagnóstico Posoperatorio
<b>HISTORIA CLINICA</b>	- Uso de Antibióticos Preoperatorios
- Dolor Abdominal, Localización Inicial y al Ingreso.	- Tipo de Involución
- Nauseas y Vómitos	- Tipo de Cierre de la Herida
- Fiebre	- Tiempo de Evolución Intrahospitalaria
- Diarrea o Constipación	<b>COMPLICACIONES TEMPRANAS</b>
- Cuadros Similares Previos	- De la Herida Quirúrgica
- Cirugías Previas	- De la Cavidad Abdominal
- Tiempo de Evolución	- Alteraciones Gastrointestinales
- Medicación Previa	- Alteraciones Pulmonares
<b>EXAMEN FISICO</b>	- Alteraciones Cardíacas
- Temperatura	- Otras Alteraciones
- Pulso	- Defunciones
- Exploración Abdominal	<b>COMPLICACIONES TARDIAS</b>
- Tipo de Peristalsis	

**TABLA 19. DISTRIBUCION POR SEXO DE LOS PACIENTES OPERADOS POR APENDICITIS AGUDA**

SEXO	CASOS	POR CIENTO
FEMENINO	191	54.1 %
MASCULINO	162	45.9 %

TABLA 20. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE LOS PACIENTES OPERADOS.

EDAD	CASOS	%
15 - 20	38	23,46
21 - 25	19	11,73
26 - 30	32	19,75
31 - 35	22	13,58
36 - 40	15	9,26
41 - 45	10	6,17
46 - 50	11	6,79
51 - 60	4	2,47
61 - 70	6	3,7
71 - 80	4	2,47
81 - 90	1	0,62
TOTAL	162	100



TABLA 21. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE LAS PACIENTES OPERADAS.

EDAD	CASOS	%
15 - 20	54	28.12
21 - 25	41	21.46
26 - 30	27	14.14
31 - 35	20	10.47
36 - 40	16	8.37
41 - 45	14	7.73
46 - 50	0	0
51 - 60	13	6.8
61 - 70	4	2.09
71 - 80	1	0.52
81 - 90	1	0.52
TOTAL	191	100

TABLA 22. DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDADES DE LA POBLACION TOTAL.

EDAD	CASOS	%
15 - 20	92	26.06
21 - 30	119	33.71
31 - 40	76	20.68
41 - 50	35	9.91
51 - 60	17	4.81
61 - 70	10	2.83
71 - 80	5	1.41
81 - 90	2	0.57

**TABLA 23. DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO DE 353 PACIENTES APENDICECTOMIZADOS  
[1984-1986].**

	AGUDAS	PERFORADAS	NORMALES	PERIAPENDICITIS	TOTAL
HOMBRES	119 33,71 %	34 9,63 %	6 1,7 %	3 0,85 %	162 45,9%
MUJERES	127 35,88 %	28 7,93 %	25 7,06 %	11 3,1 %	191 54,1%
TOTAL	246 69,69 %	62 17,56 %	31 8,78 %	14 3,96 %	353 100 %

**TABLA 24. DISTRIBUCION DE 62 PACIENTES CON APENDICITIS PERFORMADA POR GRUPOS DE EDAD.**

EDAD	HOMBRES	MUJERES	SUBTOTAL
15 - 20	7	11	18
21 - 30	7	6	13
31 - 40	9	3	12
41 - 50	6	3	9
51 - 60	1	4	5
61 - 70	2	0	2
71 - 80	2	1	3
81 - 90	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>34</b>	<b>28</b>	<b>62</b>

TABLA 25. DURACION DEL DOLOR ANTES DEL INGRESO.

	HOMBRES	AGUDAS	MUJERES
PROMEDIO	32,5 <sup>±</sup> 22,7	30,85 <sup>±</sup> 21,9	29,2 <sup>±</sup> 21,1
RANGO	3 - 360		2 - 240
		PERFORADAS	
PROMEDIO	50,86 <sup>±</sup> 28	47,5 <sup>±</sup> 27	44,1 <sup>±</sup> 26,1
RANGO	9 HR. - 1 AÑO		9 - 192
		NORMALES	
PROMEDIO	16,1 <sup>±</sup> 12,6	24,45 <sup>±</sup> 21,75	32,8 <sup>±</sup> 30,9
RANGO	2 - 36		30' - 3 MESES

TABLA 26. SINTOMAS DE 353 PACIENTES AL INGRESAR.

SEXO	ANOREXIA	NAUSEAS	VOMITO	FIEBRE	DIARREA	CONSTIPACION
HOMBRES	22 6.23 %	97 27.48 %	98 27.76 %	50 14.16 %	17 4.81 %	5 1.41 %
MUJERES	18 5.1 %	113 32.01 %	105 29.74 %	48 13.60 %	11 3.12 %	2 0.57 %
TOTAL	40 11.33 %	210 59.5 %	203 57.5 %	98 27.76 %	28 7.93 %	7 1.98 %

TABLA 27. PULSO PRESENTE EN TODOS LOS PACIENTES AL LLEGAR AL HOSPITAL.

	HOMBRES	AGUDAS	MUJERES
PROMEDIO	88,1 <sup>±</sup> 13,5	90,05 <sup>±</sup> 13,8	92 <sup>±</sup> 14
		perforadas	
PROMEDIO	103 <sup>±</sup> 15	103,5 <sup>±</sup> 14	104 <sup>±</sup> 13
		PERIAPENDICITIS	
PROMEDIO	84 <sup>±</sup> 7	84,1 <sup>±</sup> 7,4	84,2 <sup>±</sup> 7,8
		NORMALES	
PROMEDIO	78,4 <sup>±</sup> 12,2	80,5 <sup>±</sup> 11,5	82,6 <sup>±</sup> 10,8

TABLA 28. TEMPERATURA REGISTRADA EN LOS PACIENTES AL LLEGAR AL HOSPITAL.

	HOMBRES	AGUJAS	MUJERES
PROMEDIO	$37,5 \pm 0,9$	$37,45 \pm 0,9$	$37,4 \pm 0,9$
		PERFORADAS	
PROMEDIO	$38,3 \pm 0,7$	$38,15 \pm 0,7$	$38 \pm 0,7$
		PERIAPENDICITIS	
PROMEDIO	$37,9 \pm 1,1$	$37,3 \pm 1,05$	$36,7 \pm 1$
		NORMALES	
PROMEDIO	$36,8 \pm 0,9$	$37 \pm 0,9$	$37,2 \pm 1$



TABLA 29. LOCALIZACION DEL DOLOR AL INICIO DEL PADECIMIENTO DEL TOTAL DE PACIENTES.

	FID	DIFUSO	VAGO	PERIUMB	EPIGASTR	MESOGAST	HIPOGAS	LUMBAR
HOMBRES	66 18.7 %	8 2.26 %	2 0.56 %	15 4.25 %	45 12.75 %	15 4.25 %	8 2.26 %	3 0.85 %
MUJERES	64 18.13 %	8 2.26 %	3 0.85 %	21 5.95 %	56 15.86 %	22 6.23 %	17 4.82 %	0 0
TOTAL	130 36.83 %	16 4.52 %	5 1.41 %	36 10.2 %	101 28.61 %	37 10.48 %	25 7.08 %	3 0.85 %

TABLA 30. LOCALIZACION DEL DOLOR AL REVISAR A TODOS LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL.

	FID	DIFUSO	VAGO	PERIUMBI	EPIGASTR	MESOGAS	HIPOGAST	LUMBAR
HOMBRES	151	4	1	1	1	0	3	1
	42.78 %	1.13 %	0.28 %	0.28 %	0.28 %	0	0.85 %	0.28 %
MUJERES	177	1	0	0	4	4	5	0
	50.14 %	0.28 %	0	0	1.13 %	1.13 %	1.41 %	0
TOTAL	328	5	1	1	5	4	8	1
	92.92 %	1.41 %	0.28 %	0.28 %	1.41 %	1.13 %	2.26 %	0.28 %

TABLA 31. TIPO DE PERISTALSIS PRESENTE AL REVISAR AL PACIENTE EN EL HOSPITAL

	DISMINUIDA	AUMENTADA	NORMAL	ABOLIDA	SUBTOTAL
HOMBRES	108 30.6 %	12 3.4 %	21 5.95 %	21 5.95 %	162 45.9 %
MUJERES	126 35.7 %	13 3.68 %	33 9.34 %	19 5.38 %	191 54.1 %
TOTAL	234 66.3 %	25 7.08 %	54 15.29 %	40 11.33 %	353 100 %

TABLA 32. SIGNOS PRESENTES AL REVISAR A LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL.

	REBOTE FID	McBURNEY	CAPURRO	ROVING	PSOAS	OBTURADOR	HIPERESTESIA	HIPERBARRALGEMIA
HOMBRES	137	130	106	102	109	100	58	58
	38,81 %	36,83%	30,03 %	28,9 %	30,88 %	28,33 %	16,43 %	16,43 %
MUJERES	155	161	122	124	141	128	81	78
	43,91 %	45,61%	34,56 %	35,12%	39,94 %	35,69 %	22,94%	22,1 %
TOTAL	292	291	228	226	250	226	139	136
	87,72 %	82,44%	64,59 %	64,02 %	70,82 %	64,02 %	39,37%	38,53 %

**TABLA 33. NUMERO DE LEUCOCITOS EN LOS PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA Y DIAGNOSTICOS ALTERNATIVOS.**

	HOMBRES	AGUDAS	MUJERES
PROMEDIO	13665 <sup>±</sup> 4449	13664 <sup>±</sup> 4734	13663 <sup>±</sup> 4300
RANGO	4400 - 27000		4000 - 23000
		PERFORADAS	
PROMEDIO	13845 <sup>±</sup> 3604	14144 <sup>±</sup> 3784	14444 <sup>±</sup> 3985
RANGO	7400 - 22800		8700 - 21700
		PERIAPENDICITIS	
PROMEDIO	11950	12893 <sup>±</sup> 1910	13837 <sup>±</sup> 3821
		NORMALES	
PROMEDIO	10350 <sup>±</sup> 1015	10004 <sup>±</sup> 1601	9569 <sup>±</sup> 2187
RANGO	9300 - 11600		5000 - 12900

TABLA 34. IMAGENES RADIOLOGICAS VISUALIZADAS EN TODOS LOS PACIENTES.

	PSDAS BORRADO	ILED FID	NIVELES FID	ESCOLIOSIS	CIEGO FIJO	SACRO BORRADO
HOMBRES	58 16.43%	72 20.4%	59 16.71%	39 11.05 %	33 9.35%	18 5.1%
MUJERES	72 20.4%	93 26.34%	67 19%	38 11.05%	38 10.76%	30 8.5%
TOTAL	130 60.74%	165 46.74%	126 35.7%	78 22.1%	71 20.11%	48 13.6%

TABLA 35. DURACION DE LOS PACIENTES EN EL HOSPITAL ANTES DE SER SOMETIDOS A CIRUGIA SEGUN DIAGNOSTICO FINAL.

	HOMBRES	AGUDAS	MUJERES
PROMEDIO	8.2 <sup>±</sup> 5.2	8.7 <sup>±</sup> 6.7	9.2 <sup>±</sup> 7.2
RANGO	1 - 37		1 - 46
		PERFORADAS	
PROMEDIO	8.7 <sup>±</sup> 7.9	7.7 <sup>±</sup> 6.5	6.7 <sup>±</sup> 5.1
RANGO	2 - 144		2 - 168
		PERIAPENDICITIS	
PROMEDIO	3.3 <sup>±</sup> 1.1	5.4 <sup>±</sup> 2.4	6.9 <sup>±</sup> 3.7
RANGO	2 - 4		1 - 12
		NORMALES	
PROMEDIO	19.5 <sup>±</sup> 16.5	15.5 <sup>±</sup> 15.3	11.6 <sup>±</sup> 14.2
RANGO	3 - 48		2 - 72

TABLA 36. TIPO DE INCISION UTILIZADA EN TODOS LOS PACIENTES OPERADOS CON SOSPECHA DE APENDICITIS AGUDA.

	TRANSRECTAL	PARAMEDIA	RcD	McB	MEDIA	PARARECTAL
HOMBRES	70 19,83 %	50 14,16 %	13 3,68 %	5 1,41 %	12 3,4 %	12 3,4 %
MUJERES	75 21,24 %	41 11,61 %	38 10,76 %	3 0,85 %	24 6,8 %	10 2,83 %
TOTAL	145 41 %	91 25,7 %	51 14,4 %	8 2,2 %	36 10 %	22 6,7 %



**TABLA 37. DIAS DE ESTANCIA UTILIZADOS POR LOS PACIENTES SEGUN EL DIAGNOSTICO FINAL.**

	HOMBRES	AGUDAS	MUJERES
PROMEDIO	4,3 <sup>±</sup> 2,1	4,1 <sup>±</sup> 2,1	3,9 <sup>±</sup> 2,1
		PERFORADAS	
PROMEDIO	10,9 <sup>±</sup> 8,7	9,5 <sup>±</sup> 8	8,1 <sup>±</sup> 7,4
RANGO	2 - 42		1 - 35
		PERIAPENDICITIS	
PROMEDIO	9 <sup>±</sup> 3,6	6,1 <sup>±</sup> 2,4	3,2 <sup>±</sup> 1,2
RANGO	8 - 13		2 - 25
		NORMALES	
PROMEDIO	3,3 <sup>±</sup> 1,2	3,1 <sup>±</sup> 1,1	2,8 <sup>±</sup> 1
RANGO	2 - 5		2 - 6

**TABLA 39. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS CUANDO EL INFORME HISTOPATOLOGICO FUE DE APENDICE NORMAL**

HOMBRES	CASOS	MUJERES	CASOS
DIAGNOSTICOS:		DIAGNOSTICOS:	
		ENFERMEDAD GINECOLOGICA	12
		-Quiste Hemorragico de Ovario.	7
		-Quiste Endometrioso de Ovario.	2
		-Salpingitis	1
		-Embarazo Tubario Roto	2
CAUSA DESCONOCIDA	6	COLECISTITIS AGUDA	2
		SALMONELOSIS	2
		CUERPO EXTRAÑO EN LA LUZ APENDICULAR.	2
		CAUSA DESCONOCIDA	7

**TABLA 39. DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS CUANDO EL INFORME HISTOPATOLOGICO  
 FUE DE PERIAPENDICITIS**

HOMBRES	CASOS	MUJERES	CASOS
PERFORACION ILEAL POR SALMONELA.	1	ENFERMEDAD GINECOLOGICA	5
		- Salpingitis Abscedada Bilateral.	1
ULCERA DUODENAL PERFORADA	1	- Salpingitis bilateral	4
		PICOLECISTO	3
DIVERTICULO PERFORADO EN CIEGO.	1	PANCREATITIS AGUDA BILIAR	1
		CAUSA DESCONOCIDA	2

TABLA 40. ABSCEOS DE PARED REGISTRADOS EN LOS PACIENTES OPERADOS DE APENDICECTOMIA.

		HOMBRES			MUJERES		
		AGUDAS	PERFORADAS	NORMALES	AGUDAS	PERFORADAS	NORMALES
TIPO DE CIERRE DE LA HERIDA	PRIMARIOS	6	6		4	5	1
	SECUNDARIOS	1	3		1	3	5

TABLA 41. COMPLICACIONES DE LOS PACIENTES VARONES SOMETIDOS A APENDICECTOMIA DURANTE SU SEGUIMIENTO FUERA DEL HOSPITAL.

TIPO DE COMPLICACION	CASOS
RECHAZO A MATERIAL DE SUTURA	3
HERNIA INCISIONAL	1
CICATRIZ HIPERTROFICA	2
PANCREATITIS AGUDA GRAVE	1
OCLUSION INTESTINAL POR ADHERENCIAS	1
EVICERACION	1
ABSCESO DE PARED	5
POSOPERADOS DE OTRO PADECIMIENTO	5
VESICULA,EVB Y PROSTATA	1
ADENOMA PLEOMORFO DE MANDIBULA	1
PROSTATA	1
HEMORROIDES	1
PTERIGION	1

**TABLA 42. COMPLICACIONES DE 191 PACIENTES FEMENINOS EN SU SEGUIMIENTO FUERA DEL HOSPITAL:**

TIPO DE COMPLICACION	CASOS
ABSCESO DE PARED	2
HERNIA INCISIONAL	3
HERNIA INTERNA CON HEMICOLECTOMIA DERECHA	2 2
OCCLUSION INTestinal POR ADHERENCIAS	2
RECHAZO A MATERIAL DE SUTURA	4
CICATRIZ HIPERTROFICA	1
POSOPERADAS DE OTRO PADECIMIENTO COLECISTECTOMIA HERNIA UMBILICAL	4 3 1
HEPATITIS AGUDA LEVE	1
ENFERMEDAD ACIDO PEPTICA	1
HERIDA ABIERTA ACTUALMENTE (DM)	1
CONTINUA CON DOLOR ABDOMINAL	2

**TABLA 43. COMPLICACIONES INTRAHOSPITALARIAS SEGUN DIAGNOSTICO DEFINITIVO**

<b>AGUDAS</b>	<b>ILEO PROLONGADO</b>	<b>4</b>
	<b>DIARREA</b>	<b>2</b>
	<b>ULCERAS DE ESTRES SANGRANTES</b>	<b>1</b>
<b>PERFORADAS</b>	<b>ILEO PROLONGADO</b>	<b>5</b>
	<b>ULCERAS DE-ESTRES SANGRANTES</b>	<b>1</b>
	<b>TROMBOFLEBITIS</b>	<b>1</b>
	<b>PULMONAR</b>	<b>1</b>
	<b>GENITOURINARIO</b>	<b>1</b>
<b>PERIAPENDICITIS</b>	<b>ILEO PROLONGADO</b>	<b>1</b>

- 1.- Årnbjörneson, E. y Bengmark, S. : Role of obstruction in the pathogenesis of acute appendicitis. Am J Surg;147:390-392, 1984.
- 2.- Barnes, B.A.;Behringer, C.E.;Wheeslock, T.C. y Wilkins, E.W. : Treatment of appendicitis at the Massachusetts General Hospital (1937-1959). JAMA, 1962;180:122-126.
- 3.- Bates, T. y cols.: Prophylactic metronidazole in appendicectomy: a controlled trial. Br. J. Surg., 67:547-550, 1980.
- 4.- Berry, J. y Malt, R.A: Appendicitis near its Centenary. Ann. Surg. 200:567-575, 1984.
- 5.- Bradley, E. L. y Isaacs, J.: Appendiceal abscess revisited. Arch. Surg., 113:130-132, 1978.
- 6.- Burns, R.P. y cols. : Appendicitis in mature patients. Ann. Surg., 201:695-704, 1985.
- 7.- Cheng, P. y Attiyeh, F.F.: Adenocarcinoma of the appendix. Dis. Col. and Rect., 24:176-180, 1981.
- 8.- Cooperman, M.: Complications of appendectomy. Surg Clin - North Am , 63:1233-1247, 1983.
- 9.- Dymock, R.B.: Pathological changes in the appendix: a re--view of 1000 cases. Pathology, 9:334, 1977.
- 10.- Herzog, E., Winter, S., Weissberg, D.: Primary carcinoma of the appendix. JAMA, 238:51-52, 1977.
- 11.- Hoffmann, J., Lindhard, A. y Jensen, H.E.: Appendix mass: conservative management without interval appendectomy. Am J Surg , 148:379-382, 1984.
- 12.- Janik, J.S. y Firor, H.V.: Pediatric appendicitis: a 20 year study of 1640 children at Cook County (Illinois) Hospital. Arch Surg, 114:717-719, 1979.
- 13.- Jones, B.A.: The prevalence of appendiceal fecaliths in patients with and without appendicitis. Ann Surg, 202:80-82, 85



- 14.- Kahn,M. y Friedman,I.H.: Mucocoele of the appendix: diagnosis and surgical management.Dis Colon Rectum,22:267-269, 1979.
- 15.- Koepsell,T.D.,Inui,T,S. y Farewell,V.T.: Factors affecting perforation in acute appendicitis.Surg Gynecol Obst,153: - 508-510,1981.
- 16.- Lau,W. y cols. :Negative findings at appendectomy.Am J -- Surg, 148:375-378,1984.
- 17.- Lau,W. y cols.:The bacteriology and septic complication of patients with appendicitis. Ann Surg,200:576-580,1984.
- 18.- Law,D.,Law,R. y Eiseman,B.: The continuing challenge of acute perforated appendicitis.Am J Surg,131:533-535,1976.
- 19.- Lee,A.W. y cols. :Recurrent appendiceal colic.Surg Gynecol Obst, 161:21-24,1985.
- 20.- Lewis,F.R.,Holcroft,J.W.,Boey,J.y Dunphy,J.E.: Appendicitis a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. Arch Surg,110:677-684,1975.
- 21.- Lopez Gavito,E.:Tumores carcinoides del tubo digestivo:experiencia en 10 años del Hospital General Lic. "Adolfo Lopez Mateos", ISSSTE,DF,Tesis de posgrado en Cirugía General, UNAM,1981.
- 22.- Marchildon,M.B. y Dudgeon,D.L.: Perforated appendicitis: -- current experience in a childrens hospital. Ann Surg,185:-- 84-86,1977.
- 23.- Mason,J.H.,Byrne,M.P. y Gau,F.C.: Cirugía del apéndice vermiforme. Clin Quir Nort Am,57:1305-1316,1977.
- 24.- Masters,K.,Levine,B.A.,Gaskill,H.V. y Sirinek,K.R.: Diagnosing appendicitis during pregnancy.Am J Surg,148:768-771,84

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 25.- Miranda,R.,Johnston,A.D. y O'Leary,P. Incidental appendectomy: frequency of pathologic abnormalities.Am Surg,1980 355-357.
- 26.- Mittelpunk,A. y Nora,P.F.: Current features in the treatment of acute appendicitis: an analysis of 100 cases consecutive. Surgery,60:971,1966.
- 27.- Neeb,H.W.,Kovalcik,P.J. y Cross,G.H.: The diagnosis of appendicitis.Am Surg,504-507,1980.
- 28.- Owens,B.J. y Hamit,H.F.: Appendicitis in the elderly. Ann Surg,187:392-396,1978.
- 29.- Payan,H.M.: Diverticular disease of the appendix.Dis Colon Rectum,20:473-476,1977.
- 30.- Peltokallio,P. y Jauhianinen,K.: Acute appendicitis in the aged patient. Arch Surg 100:140-143,1970.
- 31.- Peltokallio,P. y Tykkä,H.: Evolution of the age distribution and mortality of acute appendicitis.Arch Surg 116:153-156,1981.
- 32.- Qizilbash,A.H.: Primary adenocarcinoma of the appendix: a clinicopathological study of 11 cases. Arch Pathol 99:556 562,1975.
- 33.- Ross,F.P.,Zaren,H.A. y Morgan,A.P.: Appendicitis in a community Hospital.Arch Surg 85:1036-1041,1962.
- 34.- Sadrieh,M. y Farpour,A. :Acute appendicitis. Am J Proctol 26:51-56,1975.
- 35.- Savrin,R.A.,Clausen,K.,Martin Jr.E.W. Y Cooperman,M.: Chronic and recurrent appendicitis.Am J Surg 137:355-357,1979.
- 36.- Scher,K.S. y Coll,J.A.: The continuing challenge of perforating appendicitis.Surg Gynecol Obst 150:535-538,1980.

- 37.- Schiffmann,A. y Borgman,V.: Appendicitis in Kindesalter. Med. Wochr. 5:229-231,1977.
- 38.- Silberman,V.A. :Appendectomy in a large metropolitan hospital: retrospective analysis of a 1013 cases.Am J Surg 142:615-618,1981.
- 39.- Soraida,D.: Appendicitis: a study of incidence,death rates, and consumption of hospital resources. Postgrad Med J 60: 341-355,1984.
- 40.- Williams,G.R.: Presidential address: a history of appendicitis. Ann Surg 197:495-496,1983.
- 41.- Casales,G.,Vazquez,J.H.,Viesca,C. y Maldonado,J.: Apendicitis aguda, revisión de 1302 casos.Rev Med ISSSTE 1:41-46,1981.