

11209
2 ej 110

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS SUPERIORES

HOSPITAL GENERAL "DARIO FERNANDEZ"

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

FRECUENCIA DE LA APENDICITIS AMIBIANA EN EL HOSPITAL
GENERAL "DARIO FERNANDEZ" EN UN LAPSO DE 20 AÑOS.

T E S I S

PARA OBTENER EL TITULO DE CIRUJANO GENERAL PRESENTADA POR

DR. DAVID ALBERTO REYES SEGOVIA

A S E S O R

DR. JORGE DEL VILLAR BARRON

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA.

TESIS CON
FALLA DE COBEN

FALLA DE COBEN



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 esta 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

I.- INTRODUCCION.

II.- GENERALIDADES.

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

2.-DEFINICION.

3.-FRECUENCIA.

4.-FISIOPATOLOGIA.

5.-CUADRO CLINICO.

6.-DIAGNOSTICO.

7.-TRATAMIENTO.

8.-PRONOSTICO.

III.- MATERIAL Y METODOS.

IV.- RESULTADOS.

V.- DISCUSION.

VI.- CONCLUSIONES.

VII.- BIBLIOGRAFIA.

FRECUENCIA DE LA APENDICITIS AMIBIANA EN EL HOSPITAL
GENERAL "DARIO FERNANDEZ", EN UN LAPSO DE 20 AÑOS.

RESUMEN

En nuestro estudio buscamos establecer la frecuencia de la -
apendicitis amibiana, en el Hospital general "Dario Fernández",
así como, la identificación de algunos parámetros para su diag
nóstico temprano. Revisamos los reportes anatomopatológicos de
2 346 apéndices, que se recibieron en un lapso de 20 años, com
prendido de 1968 a 1987 y que habían sido extirpados por pre
sentar cuadros de apendicitis aguda, encontrándose 20 casos de
apendicitis amibiana (0.85%), en los cuales no existió sospe
cha clínica previa. En 11 de los 20 casos, encontramos el expe
diente clínico completo y en los cuales no existió diferencia
respecto al sexo, con una mayor frecuencia en la 2a. y 4a. dé
cada de la vida. En el 90% los pacientes procedían de un estra
to socioeconómico medio o bajo, con hábitos higienico-dietéti
cos regulares o deficientes. El cuadro clínico fué similar al
de una apendicitis aguda, de otra etiología, excepto por que en
el 90% se acompañó de diarrea. No hubo hallazgos de laborato
rio o radiología específicos. Concluimos que la frecuencia, en
nuestro Hospital, de la apendicitis amibiana están dentro de -
los límites reportados en la literatura y el síntoma más im
portante, que nos obligue a sospechar esta patología, es la pre
sencia de las evacuaciones diarreicas. Sin embargo no debemos
de olvidar, que es de las causas menos comunes de apendicitis
a pesar de lo frecuente de la amibiasis en nuestro medio.

FREQUENCY OF THE ANEBIAN APPENDICITIS IN THE GENERAL
HOSPITAL "DARIO FERNANDEZ" IN A LAPSE OF TWENTY YEARS

SUMMARY

In our study we establish the frequency of the anebian acute appendicitis in the General Hospital "Dario Fernández", just as id ntifique someone parameter for you early diagnostic. We Re - view the report of anatonopathology of 2 346 appendix, wich an received in a lapse of twenty years, include of 1963 a 1987 and that are extirpate for to present sintomatology of acute apen dicitis. Encounter twenty case of anebian ap endicitis (0.85%), in the such as don't exist previus clinic suspicion.

In eleven de twenty cases, encounter complete the clinical ex pedient and don't exist difference respect a sex, with more freq uency in the second and fourth d cade of the life. 90% of pa tients are source of stratum low or half with habit sanitary - regular - deficient. The sintomatology are similar at the acute appendicitis of diferent etiology, except because in 90% include "charrota". Don't be discovery of laboratory o X-ray specific. We conclusion that frequency in our Hospital of anebian apendi citis correspond at restrain of literature and the symptom more important for to think of in this pathology is the presence of diarrhea evacuation. However, is few common as cause of apendi citis in spite of the frequent of anebianis in our country.

I.- INTRODUCCION.

La inflamación aguda del apéndice cecal es, sin duda alguna, el padecimiento más frecuente, al cual, el cirujano general, deberá de enfrentarse en su práctica diaria. Una de las causas de dicho proceso inflamatorio, es debido a la invasión por el trofozoito de la Entamoeba histolytica y que conocemos como apendicitis amibiana.

Es de llamar la atención, que siendo nuestro país, de los considerados como uno, de los que integran "las patrias de la amibiasis", la frecuencia de la apendicitis amibiana, sea similar a la señalada en la literatura universal. Aunque debemos aclarar que dicho padecimiento solo se reporta en países tropicales, siendo sumamente raro en los anglosajones.

En nuestro estudio, quisimos establecer la frecuencia de la apendicitis de tipo amibiano, en nuestro Hospital, comparando nuestros resultados con lo reportado en la literatura. Además de buscar algunos datos que nos orienten a este diagnóstico en forma temprana, debido a que el diagnóstico de la etiología amibiana, nos lo ha dado el reporte de patología, sin existir ninguna sospecha en el pre o transoperatorio, debido a que el cuadro clínico es similar, al de otro cuadro apendicular de diferente etiología.

Al tratar de establecer un diagnóstico precoz, es con la finalidad de iniciar la terapéutica específica en forma temprana, y aunque el manejo de la apendicitis aguda, sin importar la etiología, deberá de ser siempre quirúrgico, en el caso de que se trate, de origen amibiano, deberá acompañarse del tratamiento médico de elección.

Tratamos, además en nuestra revisión de buscar diferencias en cuanto a sexo y grupos de edad, así como, en relación a los hábitos higienico-dietéticos, siendo esto, de suma importancia - pues se debe recordar, que antes de cualquier tratamiento, estan las medidas preventivas.

11.- GENERALIDADES.

1.- ANTECEDENTES HISTORICOS.

Los conocimientos acerca de lo que hoy, conocemos como apendicitis aguda eran prácticamente, nulos hasta antes del último cuarto del siglo XIX, cuando se dieron a conocer los estudios de Reginald Fitz, patólogo de la Universidad de Harvard. Quién, de hecho, acuñó dicho término. Otro cirujano, estadounidense, -- quien dió mayor difusión al tratamiento quirúrgico de urgencia para dicho cuadro, fué Charles McBurney, en 1889.¹¹

En 1906, Kusgrave señaló que el apéndice ileocecal podría ser afectado por la amibiasis, como una extensión directa, de la -- infección colonica, por este parásito.³

En nuestro país, el Dr. Vicente Guarner y un grupo de colaboradores en 1970, realizaron las primeras e importantes revisiones, de la apendicitis de origen amibiano y establecieron su -- frecuencia, señalando además, junto con Faust (1947) que la afec -- tación de la amiba, puede estar localizada solamente al apéndice cecal, sin incluir el ciego.

En 1985, el Dr. Orozco Zepeda y un grupo de colaboradores publicaron la experiencia en el Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubiran", sobre el tratamiento quirúrgico de -- las formas graves de la amibiasis intestinal, en los que se in -- cluyeron 6 pacientes con cuadro de apendicitis amibiana.

En 1986, el Dr. Szymanski-Cómez y su grupo de colaboradores, -- pertenecientes al servicio de Anatomía Patológica del Hospital General "Dr. Bernardo Sepúlveda", del centro médico nacional, del I.M.S.S., estudiaron las características anatomoclínicas de 92 casos de apendicitis amibiana, obtenidos en la revisión retrospectiva de 8 950 apendicectomías en un período de casi 18 años.

2.- DEFINICION.

Con este nombre, el de apendicitis amibiana, se designan los casos de amibiasis invasora localizada al apéndice ileocecal con inflamación, necrosis y eventualmente perforación de este órgano.¹²

3.- FRECUENCIA.

La observación de casos de apendicitis amibiana en países anglosajones es tan rara, que es motivo de publicación como casos aislados.^{1,6.}

En México, la amiba afecta el apéndice cecal en 15.3% de los casos de colitis amibiana que llegan a la autopsia y en la India, esta cifra es del 10%.¹⁴

Debemos de reconsiderar, que la amibiasis intestinal es excepcional en los países desarrollados. En algunos estudios se señala una prevalencia en los Estados Unidos, estimada del 2 al 4 % en los estados del norte y de un 4 a 6 % para los estados del sur.¹ Por consiguiente, una de sus complicaciones, como es considerada a la apendicitis amibiana, es todavía menos común.⁶

De acuerdo con los datos existentes en la literatura nacional puede estimarse que la amibiasis, como infección existe en el 27% de los mexicanos.² Siendo considerada como enfermedad endémica.

A pesar de lo anterior, la frecuencia de la apendicitis amibiana, en relación con los cuadros de apendicitis de otra etiología, es baja y gira alrededor del 1 %, según los diferentes reportes. Así, por ejemplo en la revisión de Szymanski-Gómez y colaboradores presentan una frecuencia del 1.12 %.¹⁴

En los clásicos estudios de V. Guarner y cols. en 1970, de 52 casos de apendicitis amibiana estudiados, 37 procedieron de piezas quirúrgicas y representaron el 1.6 % del total de apen

dicitis agudas operadas en dicho Hospital. Los 15 restantes -- se obtuvieron al revisar 2 400 autopsias, dando un 0.62%.⁴

En el total de ingresos en 6 años, al centro médico nacional del I.M.S.S., representó solamente el 0.17 %, pero asociado con absceso hepático y perforación intestinal.⁹

Concluimos, que el porcentaje de la apendicitis de origen amibiano, en relación, con otras etiologías es del 1 %.

4.-FISIOPATOLOGIA.

La infestación de la amiba, en el ser humano, ocurre por la ingestión de alimentos o agua contaminada con materia fecal que contengan quistes viables. La forma quística es la infectante ya que resiste la acidez gástrica. En el medio alcalino del intestino delgado se produce la ruptura de los quistes y aparecen tanto trofozoítos metacuísticos, dependiendo de los núcleos que tenga el quiste original; estos trofozoítos llegan hasta -- las criptas mucosas del ciego donde se instalan; allí crecen -- y se multiplican por fusión binaria. Una vez que las heces, que contienen trofozoítos se solidifican, la amiba se transforma -- en una estructura esférica e inactiva y sintetiza una pared -- resistente, constituyéndose en prequiste, el cual posteriormente madura a la forma quística. El prequiste contiene un solo -- núcleo, el cual por división mitótica sucesiva se convierte en los 4 núcleos que caracterizan al quiste maduro. En estas condiciones el quiste en medio húmedo puede sobrevivir hasta 30-días.⁹

Es indudable que en muy pocas regiones del mundo la amibiasis causa enfermedad o muerte con tal frecuencia como en México.-- Esto ha llevado a pensar a algunos autores, que trabajan en regiones del mundo donde la amibiasis no se presenta como enfermedad, que la E. Histolytica no es un parásito patógeno.

Un factor que puede explicar la distinta frecuencia de la -- amibiiasis en distintas partes del mundo, o en diferentes per -- sonas infectadas, es que diferentes cepas de *E. Histolytica* -- poseen diferente grado de patogenicidad, lo cual ya ha sido -- ampliamente demostrado.

Desgraciadamente, no hay bases morfológicas sólidas que nos -- permitan diferenciar las cepas patógenas de las no patógenas. Algunos autores insisten, por ejemplo, en la posibilidad de di -- ferenciar *E. Hartmani* porque es ligeramente más pequeña que -- *E. Histolytica*.

Otro hecho importante es que la patogenicidad de una cepa no es fija; está demostrado que una cepa no patógena puede conver -- tirse en patógena y viceversa.

Hasta la fecha, nadie ha demostrado que *E. Histolytica* posea toxinas en el sentido que se da a este término, para designar diversas sustancias que poseen las bacterias, por medio de -- las cuales agreden a su huésped. Sin embargo, se ha demostrado que *E. Histolytica* posee al menos 13 enzimas, entre las cuales se encuentran : Colagenasa, hialuronidasa, mucinasa y otras lo cual nos permite comprender el poder invasor de este parásito. 2,15.

En 1969, Eaton y col. descubrieron un elemento citoplásmico y de membrana que denominaron "lisosoma activo de superficie" -- en base a él, emitieron una hipótesis que trata de explicar -- el mecanismo disparador e inicial de la lesión tisular. El li -- sosoma activo de superficie puede, representar, si no la única, sí una forma más, de poner en contacto las enzimas citolíticas del parásito con los tejidos del huésped. Otras enzimas, ya -- demostradas, son la fosfatasa ácida, la tripsina, amilasa, estea -- rasa, fosfoglutamasa, diaforasas y también fosfatasa alcalina.

El trofozoíto de *Entamoeba Histolytica* posee una capacidad - hematófaga extraordinaria, mucho más activa que otras amibas - no patógenas. Demostrándose esto, con la aplicación de la cinematografía y el uso del microscopio electrónico, observándose además, gran voracidad del parásito para fagocitar otros elementos figurados de la sangre, además de los globulos rojos.¹⁵

La amiba, puede afectar cualquier órgano de la economía y con frecuencia, se presentan en nuestro medio, pacientes con sintomatología de amibiasis invasora aguda y grave, ya sea de colon, apéndice cecal, más raro, de hígado o de otros organos como cerebro, piel o pericardio.¹⁰

En relación con los mecanismos mediante los cuales el trofozoíto de *Entamoeba Histolytica* penetra el epitelio intestinal existen algunos estudios, que ofrecen datos interesantes. La forma en que el parásito penetra la mucosa para llegar a la lámina propia y a los vasos de la misma es poco conocida. Se ha mencionado que el efecto mecánico desempeña papel importante o que la necrosis de la mucosa del colon por las enzimas citolíticas del parásito es la responsable de la penetración y del establecimiento de la infección tisular .

Después de que la amiba penetra a través de las células epiteliales se produce una diseminación lateral, confinada inicialmente a la mucosa; posteriormente hay ruptura de la muscularis mucosa y se desencadena una mayor diseminación radial a lo largo de la submucosa; en esta etapa aparecen las úlceras características , con necrosis y sin reacción inflamatoria. Posteriormente las úlceras penetran la capa muscular y las lesiones adyacentes se unen; en esta etapa hay invasión bacteriana y comienza a ocurrir infiltración polimorfonuclear a nivel del cuello de las úlceras.

El aspecto histológico cambia de acuerdo con la extensión de la lesión y según la etapa del proceso en que se le examine.

En las lesiones tempranas , se observa la ulceración de la mucosa con tejido necrótico y escasa reacción inflamatoria de - polimorfonucleares , aunque existen abundantes linfocitos , - histiocitos , macrófagos y células plasmáticas .

Puede apreciarse , en fases tardías el esfacelo de extensas zonas de mucosa y muscular , con muy escasa reacción de reparación , caracterizada por la neoformación de vasos , ligera proliferación de fibroblastos e infiltrado inflamatorio con - predominio de mononucleares. Sin embargo , en ocasiones la - invasión de polimorfonucleares es mayor , aunque casi siempre esta circunstancia se observa asociada a la existencia de colonias bacterianas.

5.- CUADRO CLINICO.

El cuadro clínico puede ser el de una apendicitis aguda, cuando únicamente el apéndice cecal está afectado, en cuyo caso, el diagnóstico clínico de apendicitis ambiana es prácticamente imposible. Cabe mencionar, que hay reportes, que señalan que el cuadro clínico de la apendicitis, se acompaña de síntomas producidos por la inflamación del colon ascendente y ciego, lo -- cual conocemos con el nombre de tiflitis ambiana. Lo cual hace, que el comienzo de la apendicitis ambiana sea más insidioso y la diarrea constituye un componente más frecuente del -- cuadro.

En el reporte de Szymanski-Gómez, los síntomas más frecuentes en 20 pacientes fueron: dolor abdominal difuso en 90%, diarrea en 55%, irritación peritoneal 50%, fiebre 45 %, vómito 30%, tenesmo 15%, postración 15%, ictericia 15%, dolor en fosa iliaca derecha 5%, sangrado de tubo digestivo 5% y hepatomegalia 5%.

6.- DIAGNOSTICO.

Antes de pensar como llegar al diagnóstico, debemos de tener en mente la sospecha diagnóstica. Si consideramos, que prácticamente el cuadro clínico es similar, sin considerar las diferentes etiologías, el paciente se presentara como un cuadro de apendicitis aguda.

Un hecho que nos haría sospechar la posible etiología amibiana sería la identificación de trofozoítos en la materia fecal.

Otro hecho, que nos orienta a pensar en la etiología amibiana del cuadro apendicular es la presencia de evacuaciones diarrreicas, con un inicio similar al padecimiento actual sobre todo si las heces se acompañaran de moco o sangre.³

En el estudio de Szymanski-Gómez y colaboradores, señalan haber realizado el diagnóstico de apendicitis amibiana en 11 de 92 casos, o sea en el 11.9 %, sin embargo no se menciona que parámetro clínico, fué en el que se basaron, para llegar a dicho diagnóstico.

Si hemos mencionado la similitud del cuadro clínico de la apendicitis aguda, a pesar de su diferente etiología, la pregunta a seguir sería: ¿ Que puede hacer sospechar al cirujano durante la intervención de que se trata de una apendicitis amibiana? La existencia de alteraciones en el ciego, constituye un dato orientador. En ausencia de estas, el estudio histológico es el único medio capaz de proporcionar un diagnóstico definitivo, al demostrar mediante el frotis, en el transoperatorio o la tinción de PAS en los cortes definitivos a los trofozoítos de *Entamoeba Histolytica*.^{12,14.}

Hay algunos estudios sobre la investigación de antígeno circulante en amibiasis invasora, sin embargo no se ha podido establecer una adecuada correlación entre la detección de este y los datos clínicos. Sin embargo continúa como una perspectiva para el futuro.¹²

7.- TRATAMIENTO.

Definitivamente y aún con el diagnóstico clínico de apendicitis de origen amibiano, debe de ser quirúrgico, más aún, cuando el diagnóstico de etiología amibiana, se llega a establecer en el pre o postoperatorio, deberá resolverse primero el problema principal, que sería la inflamación aguda del apéndice cecal, con las mismas normas, que un cuadro apendicular de otra etiología, como serían :el resolver oportunamente el problema para evitar estadios avanzados o ya con complicaciones.^{5,8.}

En condiciones ideales, en los cuadros de apendicitis amibiana, el tratamiento con derivados imidazólicos debe preceder y suceder a la apendicectomía.⁷

Se recomienda en el mismo acto quirúrgico para la apendicectomía, en la cual se sospecha o se ha diagnosticado de etiología amibiana, deberá de descartarse la coexistencia de un absceso hepático, pues en algunas series se han reportado una co-existencia hasta en el 29%.⁸

El tratamiento médico, el cual debe definitivamente, acompañar al quirúrgico, como ya mencionamos, de preferencia desde el preoperatorio, debe de combinar alguno de los medicamentos de acción luminal (oxiquinoleínas, amidas o arsenicales) con otro de acción tisular (dehidroemetina o metronidazol).

Otros reportes señalan que con el solo uso de metronidazol a dosis de 30 a 40 mg. por Kg. de peso por día, es más que suficiente, para cubrir el tratamiento médico.⁷

8.- PRONOSTICO.

Dependerá de la fase en que se resuelva el proceso apendicular, así como de la prontitud con que se inicie el tratamiento imidazólico. En forma genérica el pronóstico es bueno, sin embargo se ensombrece, cuando existe concomitantemente un absceso hepático, en cuanto la mortalidad se eleva al 23 %.

III.- MATERIAL Y METODOS.

Para la realización de nuestro estudio, se revisaron todos los reportes, que sobre, el apéndice cecal emitió el servicio de Anatomía Patológica, de nuestro Hospital General "Dario Fernández" en un periodo comprendido del año de 1968 a 1987, es decir, un lapso de 20 años.

En este periodo, encontramos un total de 2 346 reportes de patología sobre el apéndice cecal. Del total anterior, 1389 o sea un 59.2% correspondieron a cuadros de apendicitis aguda no complicada. En 560 (23.8%) fueron cuadros de apendicitis aguda complicada, es decir con perforación y/o formación de absceso. En 283 casos (12%) el apéndice se reportó sin alteraciones histológicas. En 39 casos se reportó apendicitis aguda de etiología parasitaria (1.6%). En 55 casos (2.3%) se catalogaron como procesos de otra etiología, por ejemplo carcinomas o micóticos y en 20 casos se encontró como agente etiológico a la E. Histolytica, dando un 0.85 % de el total de las apendicitis agudas que se intervinieron en el hospital (Fig. 1)

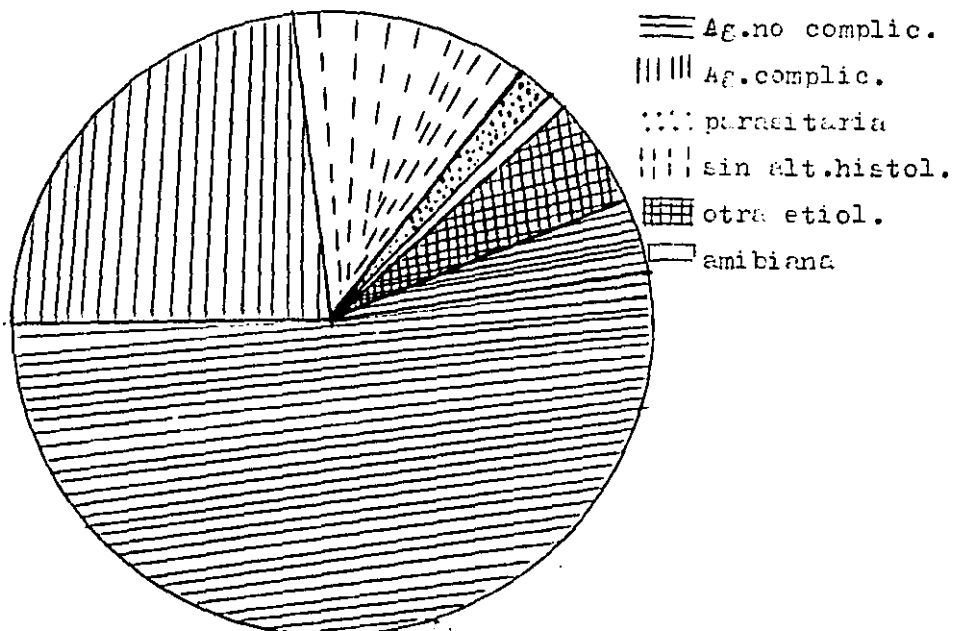


Fig.1 -Esquema que ejemplifica la frecuencia de las diferentes etiologías de la apendicitis.

De los 20 casos de apendicitis de origen amibiano, que se encontraron, en solo 11, se localizó el expediente clínico.

Nuestras variables para investigar fueron:

- edad
- sexo
- ocupación
- estrato socioeconómico
- antecedentes higienicodietéticos.
- antecedentes de amibiasis
- cuadro clínico
- exámenes de laboratorio y gabinete
- evolución

Además de conocer la frecuencia de la apendicitis amibiana en nuestro Hospital, quisimos investigar si es que realmente esta patología va en aumento, para lo cual, comparamos los casos reportados de 1968 a 1977 y los que se diagnosticaron entre 1978 y 1987, relacionándolos con el total de apendicectomías.

Nuestros datos se basaron, exclusivamente en lo vertido en el expediente clínico, reduciéndose nuestro universo de pacientes de 20, que originalmente fueron los casos reportados por el -- servicio de Anatomía Patológica, a 11 que fueron en los que se encontró expediente.

Mencionamos, que en los 20 casos reportados por el servicio - de patología, en ninguno existió la sospecha clínica o el diagnóstico ni pre ni transoperatorio de la etiología amibiana, habiendo, sido dado este diagnóstico por el servicio de Anatomía Patológica.

IV.- RESULTADOS.

De los 11 pacientes estudiados 6 correspondieron al sexo femenino y 5 al sexo masculino, por lo cual no se estableció diferencia significativa.

Respecto a la frecuencia por grupos de edad, podemos señalar, que tuvo más casos en la segunda y en la cuarta década de la vida, donde se presentaron 3 casos. En la quinta década de la vida 2 casos y un caso en la primera, tercera y sexta décadas. La edad más temprana en que se presentó fue a los 8 años y el paciente con mayor edad tuvo 53 años de vida. Con un promedio de edad de 33.8 años. (Fig. 2)

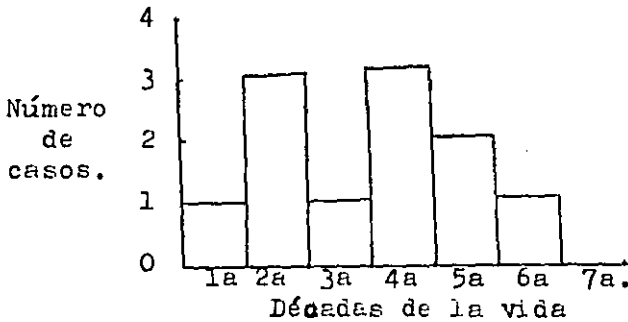


Fig. 2- Se muestra el número de casos de apendicitis amibiana, en las diferentes décadas de la vida, sin tomar en cuenta el sexo.

Referente a la ocupación de los pacientes encontramos que 4 eran estudiantes (36%); 3 pacientes se dedicaban a las labores del hogar (27%); 2 pacientes eran profesionistas (18%) y otros 2 eran empleados (18%).

De los 11 pacientes: 7 pertenecían a un estrato socioeconómico medio, 2 a estrato socioeconómico alto y 2 al bajo.

En la figura 3, esquemizamos lo referente a los hábitos higienico-dietéticos, en donde en el 90% de los casos existían hábitos deficientes o regulares y solo en un caso, que representa el 9%, existían buenos hábitos higienico-dietéticos.

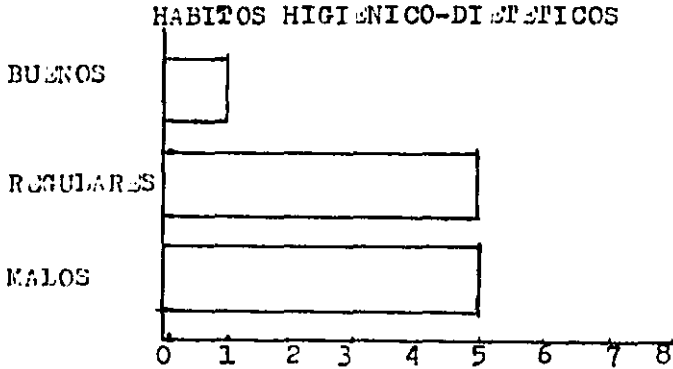


Fig. 3-Ejemplificamos el número de casos de apendicitis amibiana, en base a los hábitos higienico-dietéticos de los pacientes.

Cabe mencionar, que en los 11 pacientes estudiados, en ninguno existía el antecedente de absceso hepático amibiano, ni se encontró éste como patología concomitante.

Sobre el cuadro clínico la figura 4, señalamos los síntomas y el número de casos en que se presentaron. Cabe señalar desde este momento, que en el 90% de los casos, la diarrea fué un síntoma acompañante del padecimiento actual.

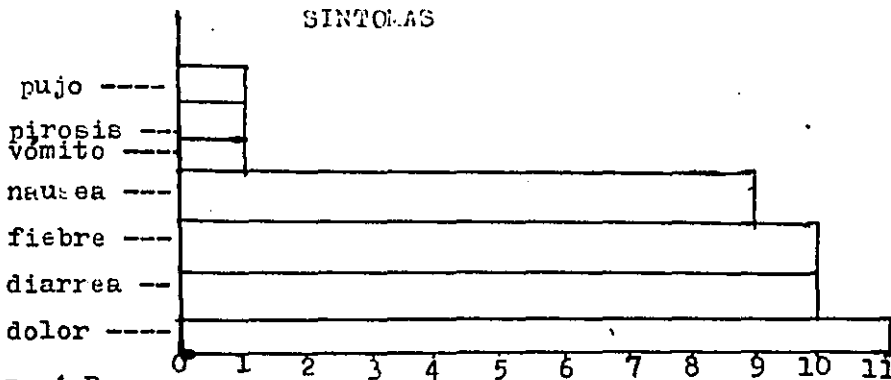


Fig. 4-Relación entre los síntomas y el número de casos.

Respecto a los exámenes de laboratorio, en un paciente no se encontró dicho reporte, por lo que nuestro universo se redujo a 10 casos, de los cuales en 3 no se encontró leucocitosis, es decir la cifra reportada, fue inferior a 10 000. En los 7 pacientes restantes, las cifras oscilaron entre 10 800 y 26 400, siendo más frecuente la cifra de 12 300 leucocitos.

Sin embargo no encontramos ningún dato que nos ayudara a la orientación de la etiología amibiana.

En cuanto a los auxiliares diagnósticos de gabinete, se encontraron los reportes de radiología, en solo 7 pacientes, de los 11 que integraron nuestro universo. En ellos se reporta un íleo reflejo, con dilatación de asas de delgado localizadas principalmente a fosa iliaca derecha y niveles hidroaereos.

No se encontró ningún hallazgo característico, que nos pudiese servir como auxiliar diagnóstico, en el caso de etiología amibiana.

La evolución en 10, de los 11 pacientes fué considerada como buena, habiendo sido egresados del hospital en un promedio de 5 días.

En un solo caso, la paciente tuvo que ser reintervenida y falleció en el post-operatorio de la segunda intervención a causa de un infarto agudo del miocardio.

Cabe mencionar, que una paciente, la cual presentó buena evolución post-operatoria, cursó con embarazo de 20 A.D.C., cuando presentó el cuadro apendicular amibiano.

Sobre el probable aumento en la frecuencia de la apendicitis de origen amibiano, en nuestro Hospital, observamos que en el período comprendido de 1968 a 1977, se presentaron 4 casos de apendicitis amibiana, en un total de 860 apendicectomías, dándonos un porcentaje del .46%. Y en el período de 1978 a 1987 hubo 16 casos de apendicitis amibiana en 1486 apendicectomías dando un porcentaje del 1%. Lo cual corrobora un verdadero aumento en su frecuencia. (Fig. 5)

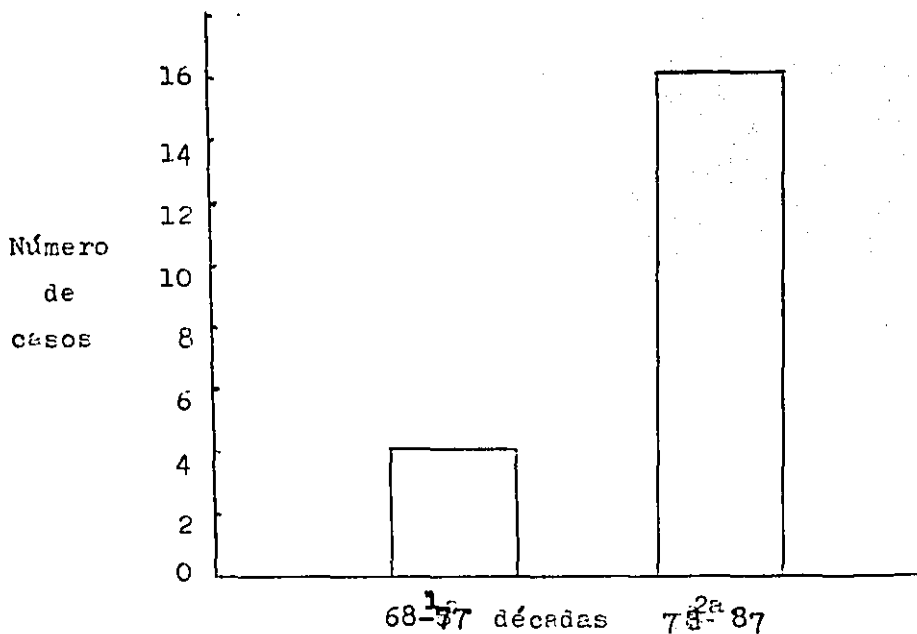


Fig. 5- Esquemática el número de casos de apendicitis emi--
biane en la década de 68-77 en relación con la década
de 78-87.

V.- DISCUSION.

Consideramos que nuestra revisión puede servir para evaluar la verdadera frecuencia de la apendicitis de origen amibiano en nuestro hospital, que fue del 0.85%, no variando mucho de lo reportado por la literatura, 1% en promedio.

Hemos demostrado un incremento en este padecimiento en la última década, en que encontramos 16 casos (1%) a diferencia de la década anterior en que se reportaron 4 casos (.4%).

Aunque, definitivamente la apendicitis de origen amibiano, no representa, por mucho la causa más frecuente de los cuadros agudos apendiculares, quizá valga la pena tener en mente este diagnóstico, sobre todo cuando el cuadro clínico se acompañe de evacuaciones diarreicas (90%). Solo de esta manera podremos realizar este diagnóstico e iniciar la terapéutica específica en forma temprana, lo cual, definitivamente redundará en una mejor evolución de nuestro paciente, disminuyendo las tasas de morbilidad y mortalidad.

Queremos recalcar, que otras causas de apendicitis aguda, tales como, la impactación de un fecalito en la luz apendicular o la hiperplasia linfocida, son las más frecuentes como causas etiológicas, pero sin embargo, ante la frecuencia tan alta de amibiasis en nuestro país, es de esperarse, que el número de casos de apendicitis amibiana se incremente.

En nuestro estudio, ningún diagnóstico, se realizó antes o en el transcurso de la cirugía y en todos los casos el diagnóstico fue anatomopatológico, al encontrarse el trofozoíto de la *E. Histolytica* invadiendo la pared apendicular. Lo anterior, obliga al cirujano a pensar en este padecimiento, para tratar de diagnosticarlo, mediante el hallazgo del trofozoíto en las heces fecales en el preoperatorio o bien al encontrar cambios en el ciego en el transoperatorio o mandando la pieza a patología para la identificación del trofozoíto en cortes histológicos.

VI.- CONCLUSIONES.

- 1.-La frecuencia de la apendicitis de origen amibiano se incrementó en la última década (1978-1987) con 16 casos en 1486 apendicectomías (1%) en relación a la década previa (1968-1977) con 4 casos en 860 apendicectomías (0.4%).
- 2.-La frecuencia de la apendicitis amibiana en nuestro Hospital "Dario Fernández" fué del 0.85%, en relación con las otras causas etiológicas de la apendicitis aguda y la cual no varió en forma importante de los reportes previos.
- 3.-No existieron diferencias en cuanto a sexo.
- 4.-Encontramos una mayor frecuencia en la segunda y en la cuarta décadas de la vida.
- 5.-La mayoría de los pacientes pertenecieron a estrato socio-económico medio o bajo, con hábitos higienico-dietéticos regulares o malos. (90%).
- 6.-En ningún paciente existió antecedente de amibiasis o de absceso hepatico, éste último, ni como antecedente ni concomitante con el cuadro apendicular. A diferencia de lo reportado en la literatura, que señala hasta un 29%.
- 7.-En el cuadro clínico, considerado, como típico de apendicitis aguda, se agrega, en el caso de ser de origen amibiano, las evacuaciones diarreicas, hasta en un 90 % de los casos.
- 8.-No encontramos datos relevantes o diferentes en los exámenes de laboratorio y auxiliares diagnósticos de gabinete.
- 9.-En el 90% de los pacientes se observó una evolución catalogada como buena, a pesar de haberse establecido el diagnóstico etiológico en forma tardía.
- 10.-Sin desubicarnos de la realidad, en cuanto a su frecuencia, debemos de tener en mente, esta posibilidad diagnóstica.

VII.- BIBLIOGRAFIA.

- 1.-Bernard Peisón, M.D. Acute localized amebic appendicitis. Dis. col. & rectum vol 16, No. 16, pags. 532-536. Nov-Dec 73.
- 2.-Flores Espinoza y cols. La amibiasis en México. Problemas - sobre su patogenia, diagnóstico, pronóstico y tratamiento. Gaceta Médica de México, tomo XCII No. 2, Feb de 1962.
- 3.-Guarner Vicente. Treatment of amebiasis. Gaceta Médica de México. Vol. XCII, cap. 6, pags 189-212
- 4.-Guarner V., Jurado J., Baz G. y Martínez N. Tiflopendicitis amibiana. Arch. de investigación Médica vol 1, supl. 1970 pags. 217-226
- 5.-Guarner V. y Cols. El tratamiento quirúrgico de la amibiasis invasora. Arch. de Invest. Méd. Vol 3, supl 2, 1972 pags. 427-432.
- 6.-Gulati, M.D.; Grover, M.D.; Iyengar, M.D.; Taneja, M.D. Amebic - appendicitis with fulminating peritonitis: report of a case Dis. Col & rectum vol 15, No. 4, july-aug 1972; 308-310
- 7.-Handa Luis. Tratamiento médico de la amibiasis. Gaceta - médica de Méx. vol 113, No. 6, junio 1977; 313-315.
- 8.-Grozco Zepeda y cols. Tratamiento quirúrgico de las formas graves de amibiasis intestinal. Rev. Gastroenterol. Méx. vol 53, No. 1, 1988 19:23.
- 9.-Paez Rodríguez, Casarelli y Guecara González. Amibiasis intestinal. Gastroenterología vol. 150, cap. 159, 1978 pags. 1111-1117.
- 10.-Quijano-Pitman, Martín-Trenor, Medrano y Flamand. Pericarditis amibiana. Gaceta Médica Méx. vol. 113, No. 9, sept 1977 pags. 419-431.

- 11.-Romero Torres. Apendicitis aguda. Tratado de cirugía.
vol II, cap. 26, pags 1509-1522
- 12.-Ruíz Castañeda, De la Torre y Aubanel. Investigación de -
antígeno circulante en amibiasis invasora. Gaceta médica
de México vol 112, No. 5, nov. 76;393-396
- 13.-Sepúlveda B.;La amibiasis invasora por *E. Histolytica*.
Gaceta Médica de México, vol 100:201-254, 1970.
- 14.-Szymenski-Gómez y cols. Apendicitis amibiana: análisis ana-
tomoclínico de 98 casos. Arch. de Invest. Méd. (Méx) 1986
vol 17 (supl) 359-363.
- 15.-Treviño-Marcía Manzo; estudio de la invasión de la mucosa-
del colon por *Entamoeba Histolytica*. Gaceta Médica de Méx.
vol 114, No. 5, mayo de 1978, pags. 219-224.