

11209

11
2ej.



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I.S.S.S.T.E.

**UTILIDAD ACTUAL DE EL LABORATORIO Y RAYOS
"X" EN EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA**

TESIS DE POSTGRADO
PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE
CIRUGIA GENERAL
P R E S E N T A :
DR. GILBERTO BRAVO ESCORCIA

MEXICO, D. F.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

Introducción	1
Hipotesis	2
Justificación	3
Objetivos	4
Marco teórico	5
Correlación Clínica Paraclínica e Histopatológica Metodología	13
Resultados	16
Conclusiones	31
Bibliografía	33

INTRODUCCION

Desde mucho tiempo atras, en el año de 1587, ya se tienen reportes de una enfermedad mortal, supurativa, la cual se identificó posteriormente como apendicitis.

A partir de estas fechas, el diagnóstico de la apendicitis aguda ha representado un reto para el médico cirujano y debido a esto, se han intentado, multiples formas y métodos para elaborar el diagnóstico en la forma más temprana posible. Sin embargo y a pesar de éstos esfuerzos, de los avances medicos y científicos, sigue siendo un verdadero problema clinico.

Muchos pacientes comunmente son sometidos a intervenciones quirúrgicas por apendicitis en fases tempranas con hallazgos de apéndice sana. Por otro lado, los pacientes que son llevados a quirófano en fases complicadas de apendicitis a causa de que el médico se aferra a llevar al paciente a cirugía con un diagnóstico certero evitando la burla a causa del error.

Rutinariamente el diagnóstico de apendicitis se realiza en forma clinica y con auxilio del laboratorio: fórmula roja, fórmula blanca, E.G.O. y Rayos "X" con placas simples de pie y en decúbito teniendo un alto indice de falsas positivas y de falsas negativas lo que provoca confusión con retardo en el diagnóstico y tratamiento del paciente.

En la actualidad hay muchos métodos de imagenologia que reportan un alto porcentaje de exactitud para elaborar el diagnóstico de apendicitis en fase temprana, però esto no a condicionado ninguna variación en el protocolo de estudio de esta entidad patológica observandose esto en la mayoría de los hospitales de nuestro país.

HIPOTESIS

El diagnóstico clínico de la apendicitis aguda realizado tempranamente ofrece posibilidades de éxito quirúrgico evitando complicaciones postoperatorias.

El apoyo de laboratorio y Rayos "X" debe ser reevaluado a un segundo término ya que con falsas negativas o falsas positivas pueden confundir al clínico.

Por lo anterior, como cirujano, considero que es necesario en primer término, una valoración clínica a fondo, tomando la decisión quirúrgica temprana que evita confusiones, tiempo de espera, abatimiento de costos y saturación de este apoyo clínico.

JUSTIFICACION

Demostrar que el diagnóstico de apendicitis aguda en fase temprana, es fundamentalmente clinico.

Que los estudios de laboratorio y rayos "x" son utilizados en forma exagerada.

Realizar el diagnóstico en forma temprana, disminuyendo la morbilidad postoperatoria que es secundaria a un diagnóstico tardio.

OBJETIVOS

Mostrar que la clínica es más importante en el diagnóstico de apendicitis que los hallazgos en el laboratorio y Rayos "X" .

Relacionar los hallazgos de laboratorio con la clínica y hacer una comparación con los hallazgos transoperatorios e histopatológicos.

Evaluar la capacidad diagnóstica de nuestro servicio de cirugía en la fase temprana de apendicitis aguda.

Identificar el grupo de mayor riesgo de nuestra población derechohabiente susceptible de padecer apendicitis

Mejorar la calidad de atención al paciente con cuadro de dolor abdominal en cuadrante inferior derecho.

Disminuir costos y tiempos innecesarios en el diagnóstico de apendicitis.

MARCO TEORICO

Antecedentes Históricos:

Desde 1581 se informó, de una enfermedad supurativa de la región cecal denominada con frecuencia "Peritífilitis" cuya evolución culminaba en la muerte. Fue hasta 1736 cuando Amyand, extirpó de un saco herniario un apéndice perforada con un alfiler. Posteriormente en 1886 esta enfermedad moratl se identifica como apendicitis y se define que para esta se requiere de un tratamiento quirúrgico. En estas fechas Reginal Fitz, presenta un trabajo titulado "Perforating Inflammation of the Vermiform Appendix" con especial referencia al diagnóstico y tratamiento temprano. Poco después, Mc. Burney describe las características clínicas del paciente con apendicitis y hace mención del punto de mayor sensibilidad, además, describe una insición que se hace en el abdomen utilizada para estos casos de apendicitis. (1).

Funciones del Apéndice:

Con frecuencia, el apéndice se define como vestigio de un órgano sin función conocida, esto nos hace pensar que el órgano en fases más tempranas en la vida embrionaria debe ser de más utilidad y de mayor desarrollo. (2)

Desde 1960, se advirtió que este sitio funciona como órgano central de maduración de linfocitos "B" al igual que en las placas de Peyer en el intestino y otros órganos extraintestinales. (1,2)

Actualmente se define a el apéndice como un órgano altamente desarrollado ya que a las dos semanas de

nacimiento del individuo aparece tejido linfóide en forma de folículos que aumentan en número hasta llegar a un promedio de 200 a la edad de los 12 y 20 años, posteriormente a los 20 años decrece el número de folículos linfoides hasta desaparecer y formar fibrosis a los 70 años, ocasionando obliteración de la luz del apéndice.(2)

El apéndice participa también en el sistema inmunológico secretorio del intestino produciendo inmunoglobulinas (GALT), que intervienen en el sistema de defenza de nuestro organismo.(1)

A pesar de todas estas funciones, se a observado que su extirpación no tiene efectos en el funcionamiento inmunológico del organismo. Por todo esto, se considera como un órgano útil pero no indispensable para el mismo.(2)

Fisiopatología:

La apendicitis aguda, es el resultado de la obstrucción a nivel del órgano. Esta obstrucción puede deberse a una gran variedad de causas: un proceso inflamatorio colónico que comprometa la mucosa y submucosa del apéndice; inflamación del tejido linfático; torciones; adherencias; bridas congénitas; la impactación de un fecalito; cuerpos extraños; parásitos; o bien una extrangulación del apéndice al introducirse en un saco herniario.(1,3)

Indistintamente la obstrucción de la luz apendicular, convierte a esta en un asa cerrada con o sin materia

fecal en su interior. Si no hay contenido, la producción de moco la distiende, esto lleva a proliferación bacteriana y además de atrofia por presión de la mucosa lo que permite el acceso de bacterias a planos hísticos más profundos, ocasionando un edema importante y trombosis de la arteria apendicular lo que origina una inevitable gangrena, necrosis y perforación.(3)

En condiciones normales, el epiplón cubre y aisla el proceso inflamatorio o sitio de la perforación, sin embargo, el paciente pediátrico debido a la brevedad del epiplón no logra cubrir y es más factible una peritonitis generalizada. En los pacientes gerontes, se a observado una evolución más rápida hacia la perforación debido a procesos ateromatosos vasculares. Owens (1978), en una revisión de 78 casos de apendicectomías en pacientes de 65 a 99 años encontro que, tres cuartas partes de los pacientes presentarón perforación.(3)

Mark y Cols.(1988), en un estudio de 205 pacientes hace el reporte de 21 con apendicitis crónica y recurrente basado en hallazgos histopatológicos de linfocitos o infiltración eosinofílica, procesos adherenciales y antecedentes de crónico en cuadrante inferior derecho. Esto a despertado mucha controversia ya que la mayoría de los autores no aceptan este hecho dentro de las clasificaciones de apendicitis.(5)

Newman y Cols.(1988), hacen el reporte de la asociación de perforación apendicular en la enfermedad de Hirschsprung debido a el aumento de presión que se presenta a nivel cecal.(6)

Stephen y Cols.(1990), definen una incidencia

importante de la enfermedad de Crohn's asociada a la apendicitis, sobre todo cuando el paciente cursa con ésta patología a nivel del íleon terminal.(7)

Cuadro Clínico:

Se a dicho que nada puede ser tan simple y sin embargo tan difícil, como el diagnosticar un problema de apendicitis. El dato principal sigue siendo el dolor abdominal agudo, de tipo puntivo o cólico de inicio en epigastrio o periumbilical acompañado de náuseas y de uno o más episodios de vómito, el cual pocas horas después se localiza en el cuadrante inferior derecho, el dolor aumenta con el movimiento por lo que el paciente desea quedarse quieto, el sueño se hace imposible y el dolor progresa. El paciente refiere fiebre y ausencia de canalización de gases o evacuaciones. (1,3,4)

En la exploración física, podemos encontrar un paciente rubicundo, en posición de gatillo, deshidratado, con lengua saburral, la temperatura se eleva generalmente un grado, el pulso aumenta en su frecuencia. En el abdomen encontramos dolor localizado en el cuadrante inferior derecho, defenza muscular, signo de rebote positivo que coincide principalmente con el punto de Mc. Burney, puede palpase un plastrón en el area apendicular, la peristalsis esta aumentada o ausente y al tacto rectal o vaginal se corrobora la presencia de plastrón o un aumento de la temperatura local del lado derecho.(3,6)

Estas son manifestaciones clásicas de apendicitis, pero puede suceder, como en la mayoría de los casos, que

el dolor no es característico, no progresa, el paciente presenta evacuaciones diarreicas, no hay fiebre, refiere manifestaciones urinarias importantes, presenta exudados transvaginales, alteraciones en su ciclo menstrual, tiene más de 4 o 5 días de evolución, a tomado analgésicos y antibióticos, el paciente es pediátrico y no coopera o bien existe la presencia de un embarazo.(1,3,18)

Laboratorio y Gabinete:

El recuento leucocitario es por arriba de 12.000 x/c. Pieper y Cols.(1982), observan solo 66.7% de 493 pacientes con elevación de los leucocitos. Doraiswamy (1979), en 225 niños con apendicitis encuentra que un 95% presentaban neutrofilia. Por el contrario, Bower en 1981 en 382 niños con apéndice histopatológicamente inflamados solo 15 tenían recuento leucocitario normal.(3,4)

Rayos "X"

Las radiografías simples de abdomen de pie y en decubito así como la tele de tórax, tienen cierto valor para el diagnóstico de abdomen agudo, sin embargo en el caso especial de la apendicitis no son específicas y mucho menos en etapas tempranas del padecimiento. Hay signos radiológicos que Brooks y Killen (1965) han pregonado y que se siguen utilizando.

1. Niveles hidroaéreos en C.I.D.
2. Mayor densidad de tejidos blandos en C.I.D.
3. Borramiento de la banda radiolúcida producida por la grasa entre el peritoneo y el transverso del abdomen.
4. Fecalito en fosa iliaca derecha.
5. Borramiento de la sombra del psoas del lado derecho
6. Apéndice lleno de gas

7. Aire libre intraperitoneal

Brooks (1986), en una revisión de 200 casos ya operados 54% de los pacientes con apendicitis aguda no perforada presentaban uno o más de estos signos.(1.2.3)

Colon por Enema:

Cristian y Cols.(1987) utilizan enema de bario en 18 pacientes pediátricos por sospecha de apendicitis no complicada. en 14 de ellos se diagnóstico apendicitis acertadamente y en 4 de ellos el apéndice fue sana.(8)

Terrence y Cols.(1986) revisa 53 casos de apendicitis estudiados con enema de bario, el encuentra en 14 de estos pacientes signos sugestivos pero no específicos de apendicitis:

1. Ausencia de visualización de el apéndice
2. Visualización parcial de el apéndice
3. Compresión sobre el ciego
4. Extravasación del medio de contraste
5. Acumulación de bario sobre la pared cecal

Ambos autores niegan la posibilidad de que el estudio provoque la perforación del apéndice y afirman su utilidad. Otras publicaciones rechazan éste estudio por la dificultad técnica y además los datos obtenidos no son específicos para el diagnóstico de apendicitis.(9.10)

Farooq y Cols.(1988) reporta que en un 72% de 25 casos de apendicitis encontro anomalías en el enema de bario y además descubrio otras alteraciones como la enfermedad de Crohn's.(10)

Ultrasonograma:

Recientemente el U.S.G. surgió como un efectivo método de diagnóstico en la apendicitis aguda. Wei Ming Kang y Cols. (1989) reporta una exactitud diagnóstica del 88.9% basado en pacientes con una valoración de Alvarado de más de 7 y un 86.7% para aquellos con una valoración de Alvarado de menos de 6 puntos. (11)

Núñez (1987), utiliza U.S.G. y fluroscopía para el drenaje de abscesos apendiculares por punción en pacientes con alto riesgo quirúrgico obteniendo resultados satisfactorios. (12)

Tomografía Computarizada:

Las técnicas de imagenología avanzan y la tomografía computarizada se introduce al diagnóstico de apendicitis. Emil J. (1986) y posteriormente Daniel Johnson (1989), demuestran un 79% y un 93% respectivamente de especificidad diagnóstica en pacientes con apendicitis. Con una especificidad de 68% en inflamación pericecal, 55% en abscesos, coprolito en 23% y anomalías anatómicas apendiculares en 18% . (13,14)

En 1988 Sonnemberg, realiza drenaje percutáneo de abscesos apendiculares guiado por tomografía computarizada con éxito en pacientes con alto riesgo quirúrgico. (15,16)

Laparoscopia :

Muy comunmente es difícil hacer el diagnóstico en lamujer permitiendo la evolución a fases tardias de la apendicitis o en el peor de los casos es muy frecuente se

operen apéndices sanas. Esto en el varón no presenta repercusión, sin embargo en el sexo femenino tiene graves repercusiones en lo que respecta a la fertilidad, a pesar de esto, se reporta de un 15 a un 20% de apendicectomías sanas. Christine y Cois.(1988) realiza un estudio de 31 pacientes con cuadro clínico sugestivo de apendicitis sometiendo a todas ellas a laparoscopia. Solo 8 pacientes presentaron apendicitis y fueron operadas, en 2 de los casos el proceso inflamatorio fue dudoso pero no se encontro otra causa aparente del dolor. El diagnóstico de apendicitis se descarto en 21 pacientes por laparoscopia, el resto se diagnóstico como ileítis, salpingitis, anexitis, ruptura de quiste de ovario, gastroenteritis, infecciones urinarias. No se presentaron complicaciones y se evitó el hacer un procedimiento mayor en la cavidad abdominal que comprometiera la fertilidad de la paciente.(17)

CORRELACION CLINICA PARACLINICA E HISTOPATOLOGICA

En general, se reporta un promedio de 15 a 20% de apendicectomías sanas y hasta un 35% de apendicectomías en fases complicadas, ambos casos con predominio en el sexo femenino y en edad reproductiva. En países desarrollados estos porcentajes tienden a disminuir con el uso de métodos de diagnóstico sofisticados de imagenología y laparoscopia principalmente.

El presente estudio trata de demostrar la utilidad del laboratorio y rayos "X" así como la experiencia clínica de nuestro servicio de cirugía con respecto al diagnóstico de la apendicitis aguda.

METODOLOGIA

Se estudiarán 259 pacientes que fueron sometidos a intervención quirúrgica con diagnóstico de apendicitis, en un período comprendido de Enero de 1987 a Diciembre de 1990.

Todos y cada uno de ellos fueron sometidos a protocolo de estudio en el servicio de urgencias, siendo diagnosticados en forma clínica.

Se evaluarán los resultados de laboratorio: biometria hemática con diferencial, TP, TPT, así como radiografías de abdomen en de pie y decubito.

Ambos, laboratorio y gabinete fueron evaluados por médicos cirujanos adscritos y residentes de cirugía.

Se tomaron como base los valores normales de laboratorio: Hb=por arriba de 10 mg como permisible para tratamiento quirúrgico, leucocitos por arriba de 10,000 x campo, bandas en porcentaje de 3 a 5 y neutrófilos por arriba del 60%.

Las placas de rayos "X", fueron evaluadas con los siguientes parametros:

1. Presencia de coprolito
2. Niveles hidroaéreos
3. Fijación de la imagen del ciego
4. Borramiento de la sombra del Psoas
5. Borramiento de la articulación sacro iliaca
6. Curva antiálgica

Cuando hubo la presencia dem coprolito la placa se tomo como anormal y el resto de los signos radiológicos fue necesario dos o más de ellos para considerarlas como anormales.

Se revisaron los expedientes de cada uno de los pacientes obteniendo los datos generales del paciente, signos y síntomas de mayor frecuencia, tiempo promedio entre la llegada al hospital y pase a quirófano tratamientos previos, diagnóstico transoperatorio, complicaciones y tratamientos postoperatorios, se revisaron también, los diagnósticos histopatológicos.

Se excluyeron los estudios de E.G.O. ya que en la mayoría de las veces no se tomo, no se reporto o se reporto tardíamente no interviniendo en la desición quirúrgica.

Se excluyeron también aquellos pacientes en los que no se completo el protocolo de estudio preoperatorio o bien no se cuenta con el reporte de patologia.

RESULTADOS

Se estudiarón un total de 259 pacientes en un periodo de 4 años de los cuales 142p.(54.8%) fuerón mujeres y 117p.(45.17%) fuerón varones.(cuadro No.1)

Los casos se presentarón en las edades de 4 a 80 años, con una mayor frecuencia entre la segunda y tercera decada de la vida (150p. 57%).. En menores de 10 años se presento en 22p. (8.49%). Se observo un decremento importante a partir de la cuarta década de la vida.(cuadro 2. grafica 1)

De la totalidad de los pacientes, 104p.(40.15%), recibierón tratamientos previos con antibióticos u analgésicos siendo indicados por facultativos o automedicación.

El tiempo de evolución del inicio de los sintomas hasta el diagnóstico fue de 3 horas hasta 8 días.

El tiempo promedio que fue utilizado en el protocolo de estudio fue de 6 a 8 hrs, generalmente debido a la espera de estudios de laboratorio.

La mayoría de los pacientes, se intervinieron en las primeras 24 hrs, después de iniciados los síntomas (186p. 71.81%), el resto se llevo a quirófano en un tiempo mayor de 24 horas habiendo recibido las más de las veces tratamientos previos por facultativos, automedicación o remedios caseros.

Los signos y síntomas más comunes fuerón: Dolor 259p.(100%); Fiebre 111p.(42.85%); Nauseas 72p.(27.79%); Vómito 115p.(44.40%); Irritación peritoneal 197p.(76.06%); Taquicardia 137p.(52.89%). (cuadro 3)

Los resultados de laboratorio fueron los siguientes: fórmula roja y hematócrito se reporto normal en todos los casos al igual que el TP y TPT. La fórmula blanca se reportó alterada en 126p.(48.64%) y la diferencial, presento bandemia en 125p.(48.26%). Neutrofilia en 51p.(19.69%) siendo estas las alteraciones más reelevantes del laboratorio.(cuadro 4. grafica 2)

Los estudios de rayos "X" se encontraron con anormalidades de acuerdo a los parámetros establecidos en 104p.(40.15%). (cuadro 5. grafica 3)

El diagnóstico transoperatorio más común fue el de apendicitis en fase exudativa en 154p.(59.45%), se reportaron como apendices sanas en solo 18 casos (6.94%). el resto de los pacientes se encontraron en fases avanzadas de apendicitis, abscedada, gangrenada, perforada 87p.(33.59%).(cuadro 6. grafica 4)

La técnica más común realizada fue la de Halsted en 192p.(74.13%). En un paciente, se realizo hemicolectomía derecha por necrosis de la pared del ciego. En 66 pacientes (25.68%) se realizaron técnicas de Zuckerman, Pouche, Parker Kerr. Se efectuaron 9 procedimientos adicionales: Cinco resecciones en cuña de ovario, 2 ooforectomías y 2 resecciones de diverticulo de Meckel, procedimientos que fueron realizados en pacientes con apéndice macroscópicamente sanas.

Solo se presentó una complicación transoperatoria de lesión vesical la cual se resolvió con sutura primaria en 2 planos sin presentar problemas mayores.

Las complicaciones postoperatorias fueron: absceso de

herida 11p.(4.24%), dehiscencia con eventración en 2p.(.77%), fistula enterocutánea en 1p.(.38%). Todas las complicaciones se resolvieron satisfactoriamente en un período máximo de 1 mes.(cuadro 7)

El tratamiento postoperatorio fue con administración de antibiótico en 208p.(80.30%) en uno, dos ó triple esquema, esto, de acuerdo a la severidad de la sepsis, en 51 de los pacientes solo recibieron analgesicos.

La hiperplasia centrogerminativa de foliculos de la mucosa de el apéndice fue el reporte histopatológico más comun 164p.(63.32%). El reporte de apéndice sana fue en 6 casos (2.3%). El resto de las piezas anatómicas que se estudiarón, fueron reportadas en diferentes fases de apendicitis, de esto resulta que, al sumar los reportes de apendicitis en fase temprana encontramos un total de 177p.(68.33%) y 76p.(29.34%) en fase tardía ó complicada.(cuadro 8)

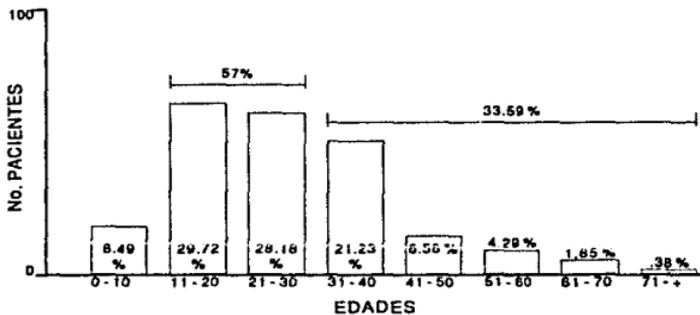
**Cuadro No.1 Sexo más afectado
en pacientes con
apendicitis aguda en el H.G.
TACUBA. Enero 1987-Dic.1990 .**

Sexo	No. Pacientes	%
HOMBRES	117	45.17
MUJERES	142	54.83
Total	259	100%

Cuadro No.2
Grupo de edad más afectado en apendicitis
Enero de 1987 a Dic.1990. H.G. TACUBA .

EDAD	No. PACIENTES	%
00-10	22	8.49
11-20	77	29.72
21-30	73	28.18
31-40	55	21.23
41-50	17	6.56
51-60	11	4.24
61-70	3	1.15
71-+	1	.38
TOTAL	259	100.00

GRÁFICA N° 1 GRUPOS DE EDAD AFECTADOS
EN PACIENTES CON APENDICITIS.
ENERO 1987 - DIC. 1990 H.G. TACUBA.



**Cuadro No.3 Signos y síntomas más frecuentes
en pacientes con apendicitis
aguda. Enero 1987-Dic.1990 H.G. TACUBA.**

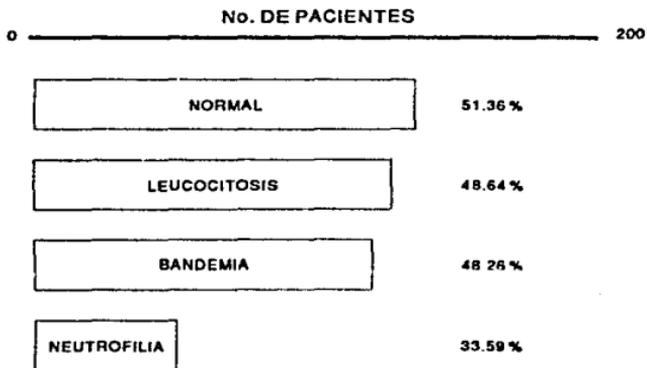
SINTOMAS	No. PACIENTES	%
DOLOR	259	100.00
NAUSEAS	72	27.79
VOMITO	115	44.40
IRRIT.PERITONEAL	197	76.06
FIEBRE	111	42.85
TAQUICARDIA	137	52.89

**Cuadro No.4 Hallazgos de laboratorio
(fórmula blanca) en
pacientes con apendicitis Enero 1987
Dic. 1990 H.G. TACUBA.**

Fórmula blanca	No.Pacientes	%
Leucocitos	126	48.64
Bandemia	125	48.26
Neutrofilia	51	19.69

Observese que las alteraciones leucocitarias estan por debajo del 50 % .

**GRAFICA N°2 HALLASGOS DE LABORATORIO
EN PACIENTES CON APENDICITIS AGUDA
ENERO 1987 - DIC. 1990 H.G. TACUBA.**

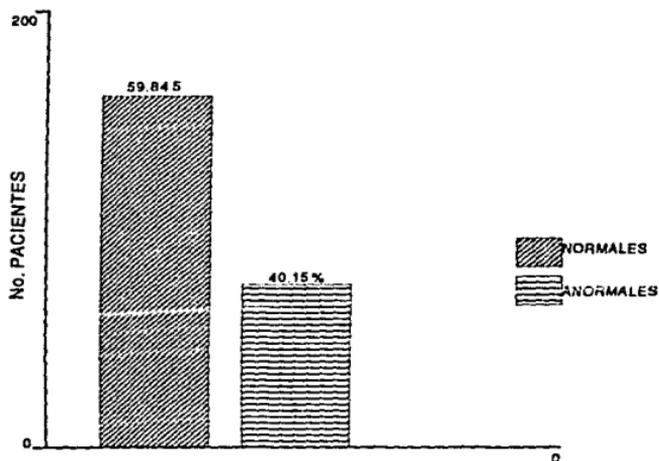


Cuadro No.5 Hallazgos de rayos "X" en pacientes con apendicitis (placas de pie y en decubito) Enero 1987-Dic.1990. H.G. TACUBA .

RESULTADOS	No.PACIENTES	%
Normales	155	59.84
Anormales	104	40.15
TOTAL	259	100.00

Observese que los hallazgos de normalidad superan a los de anormalidad en un 10 %.

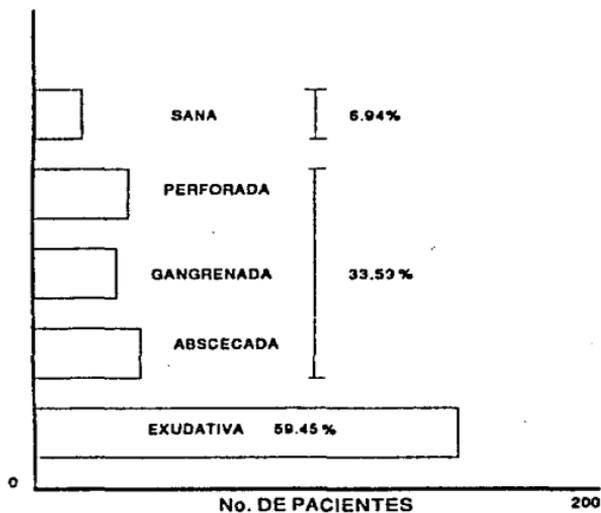
GRÁFICA Nº 3 HALLASGOS DE RAYOS "X"
EN PLACAS SIMPLES DE PIE Y EN DECUBITO
EN PACIENTES CON APENDICITIS.
ENERO 1987 - DIC. 1990 H. G. TACUBA.



**Cuadro No.6 Hallazgos transoperatorios en
pacientes con apendicitis
Enero 1987-Dic.1990. H.G TACUBA.**

DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	%
Exudativa	154	59.45
Abscedada	32	12.35
Gangrenada	26	10.03
Perforada	29	11.19
Sana	18	06.94
TOTAL	259	100.00

FIGURA N° 4 **DIAGNOSTICOS**
TRANSOPERATORIOS EN APENDICITIS
ENERO 1987 - DIC. 1990. H. G. TACUBA.



Cuadro No.7
Complicaciones postoperatorias

COMPLICACIONES	No. PACIENTES	%
Herida abscedada	11	4.24
Eventración	2	.77
Fístula enterocutanea	1	.38
TOTAL	14	5.40

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Cuadro No.8
Diagnósticos dados por el servicio
de anatomía patológica
Enero 1967-Dic.1990. H.G. TACUBA.

DIAGNOSTICO	No. PACIENTES	%
Hiperplasia de foliculos linfoides	164	63.32
Sana	6	2.30
Exudativa	4	1.54
Apendicitis aguda	4	1.54
Apendicitis amebiana	1	.38
Aguda y cronica	2	.77
Apendicitis con periapendicitis	2	.77
Fibrinopurulenta	3	1.15
Supurada	25	9.65
Abscedada	43	16.60
Perforada	5	1.30
TOTAL	259	100.00

CONCLUSIONES

De acuerdo con los resultados de nuestro estudio, concluimos que, definitivamente el laboratorio y rayos "x" no tienen confiabilidad para el diagnóstico de la apendicitis aguda en fase temprana, ya que ambos tipos de estudios están por debajo del 50% de exactitud diagnóstica, siendo obvio que el diagnóstico de apendicitis en fase temprana fue hecho clínicamente en la mayoría de los casos.

El tiempo transcurrido desde el inicio de los síntomas hasta el momento del diagnóstico fue verdaderamente prolongado y esto generalmente se debe a que los pacientes son tratados equivocadamente por facultativos o bien por tener un bajo nivel cultural que hace a la población llevar tratamientos caseros en un padecimiento cuyo único tratamiento existente es el quirúrgico.

El tiempo de estudio del paciente en el servicio de urgencias es muy prolongado, siendo un promedio de 6 a 8 horas y la causa común de esta espera es la de recabar los resultados de laboratorio lo que ocasiona retardo en la decisión quirúrgica y malestares no necesarios al paciente.

La mayoría de los pacientes intervinieron quirúrgicamente en fase temprana de la apendicitis. Esto habla bien de nuestro servicio de cirugía en relación a la capacidad del diagnóstico clínico. Sin embargo, aun es considerable el porcentaje de pacientes sometidos a cirugía en fase tardía de apendicitis (33.59%).

El análisis estadístico por medio de la χ^2 en la correlación de apendicitis sanas clínicamente e histopatológicamente fue verdaderamente significativo

($p=0.20$), con un porcentaje muy por debajo del reportado en la literatura (15 a 20%) en comparación con el nuestro, siendo el clínico de un 6.94% y por anatomía patológica de 2.30%.

Por todo lo anterior, el diagnóstico de la apendicitis en fase temprana, puramente clínico, el laboratorio y rayos "X" no deben influir ni retardar la decisión quirúrgica debido a su poca confiabilidad en el diagnóstico.

BIBLIOGRAFIA

1. Sabiston.D.C. Texto de Cirugía: Las bases biológicas de la práctica quirúrgica moderna. 13a Ed. Philadelphia W.B. Sawnders Co. 1988.
2. Schwartz. Principios de Cirugia. 4a. Ed. New York: Mc. Graw Hill Book Co. 1988.
3. Maingot R. Operaciones Abdominales. 8a. Ed. Buenos Aires: Editorial médica Panamericana Co. 1989.
4. Elmore et al. The Treatment of Complicated Appendicitis in Children. Arch. Surgery: Vol.122. 1987 April. 424-427.
5. Grabbe et al. Recurrent and Chronic Appendicitis. Surg. Gynecology and Obstetrics: Vol.163. 1988 July. 11-13.
6. Newman et al. Appendiceal Perforation, Pneumoperitoneum and Hirschprung's Disease. Surg.Journal of Pediatric: Vol.23 (9). 1988 September. 854-856.
7. Stephen at al. Crohn's disease of the appendix. Surgery Vol.107 (1). 1990 January. 113-117.
8. Cristian et al. Appendicitis in Children. Accuracy of the Barium Enema. AJDC: Vol.141. 1987 1309-1312.
9. Terrence T. ot al. Colled-Spring Sign of the Cecum in Acute Appendicitis. AJR. Vol.146. 1986 January. 45-48.
10. Faroop P. et al. Appendicitis as the Initial Manifestation of Crohn's Disease. AJR. Vol.149. 1987 September. 551-518.

11. Wei-Ming Kang et al. A clinical evaluation of ultrasonography in the diagnosis of acute appendicitis. Surgery: Vol.105 (2) 1988 May. 154-159.
12. Diego Nunez Jr. et al. Nonsurgical Drainage of Appendiceal Abscesses. AJR: Vol.146 1987 March. 587-589.
13. Emil J. et al. CT of Appendicitis. AJR: Vol.147 1986 October. 705-710.
14. Johnson et al. Computed Tomography of the Large Bowel and Appendix. Mayo Clin Proc: Vol.64 1989 October. 1276-1283.
15. Sonnenberg et al. Periappendiceal Abscesses: Percutaneous Drainage. Radiology: Vol.162 (1) 1988 April. 23-26.
16. Jerome A. et al. CT in the Management of Periappendiceal Abscesses. AJR: Vol.146 1986 June. 1161-1164.
17. Christine M. et al. Value of Diagnostic Laparoscopy in Young Women with possible Appendicitis. Surg. Gynecology and Obstetrics: Vol.167 1988 September. 187-190.
18. Silva Mendoza et al. Apendicitis en el embarazo. Revista médica del ISSSTE. Vol.2 (9) 1988 Septiembre 28-29.