

11210
6
2ej

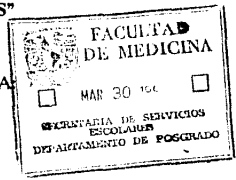
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
E
INVESTIGACION
UNIDAD MEDICA
HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"
I.S.S.S.T.E.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

"APENDICITIS AGUDA: REVISION DE 258 CASOS"

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA

DR. JORGE CRUZ LAZARO.



PARA OBTENER EL TITULO EN LA ESPECIALIDAD DE:

CIRUGIA PEDIATRICA

DR. RICARDO LOPEZ FRANCO
COORDINADOR DE CAPACITACION
DESARROLLO E INVESTIGACION

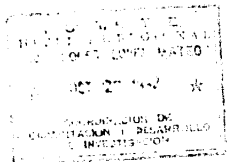
DR. GUILLERMO GONZALEZ R.
PROFR. TITULAR DEL CURSO
DE CIRUGIA PEDIATRICA

DR. GUILLERMO GONZALEZ ROMERO
COORDINADOR DEL SERVICIO DE PEDIATRIA

MEXICO, D.F. OCTUBRE DE 1992



Subdirección General Médica
Jefatura de los Servicios de Enseñanza e Investigación
Departamento de Investigación



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.

CONTENIDO

- 1) **RESUMEN**
- 2) **INTRODUCCION**
- 3) **MATERIAL Y METODOS**
- 4) **RESULTADOS**
- 5) **DISCUSION**
- 6) **CONCLUSIONES**
- 7) **TABLAS**
- 8) **GRAFICAS**
- 9) **BIBLIOGRAFIA**

RESUMEN

Se revisaron 258 expedientes de pacientes, en quienes se realizó apendicectomía en el servicio de Cirugía Pediátrica en el Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., durante el período comprendido de Enero de 1987 a Diciembre de 1991.

La apendicectomía por apendicitis aguda representa la cirugía abdominal de urgencia más frecuente en niños. De las operaciones realizadas en nuestro servicio por año, la apendicectomía ocupa el 13.2 %. Encontramos un ligero predominio de afección en el sexo masculino. El grupo de 6 a 11 años de edad resultó ser el más afectado. La citometría hemática tiene un valor limitado en el diagnóstico. El uso de ultrasonido es de gran ayuda en la confirmación de complicaciones post-quirúrgicas.

El diagnóstico de certeza en nuestro servicio fue de 91 %. No se reporta mortalidad.

PALABRAS CLAVE: APENDICITIS AGUDA; APENDICECTOMIA;
CIRUGIA ABDOMINAL DE URGENCIA.

ABSTRACT

A review of 258 patients from " Hospital Regional Lic. Adolfo López Mateos" I.S.S.S.T.E., Pediatric Surgery Service, to whom was made appendectomy through a period between January 1987 and December 1991.

The indication for appendectomy was acute appendicitis and this procedure was the most frecuente emergency abdominal surgery in children in our service each year.

The appendectomy was the 13.2 % of all patients and showed a light predominance in males. The most age affected group was between 6 to 11 years olds. The hematic count had a limited value for the diagnosis. The ultrasonogram use, was great help confirming the complications in the post operating period. Assure diagnosis in our service was of 91 %, there is no mortality.

KEY WORDS: ACUTE APENDICITIS: APENDICECTOMY: EMERGENCY ABDOMINAL SURGERY.

INTRODUCCION

La apendicitis representa la causa más común de cirugía abdominal de urgencia en niños y adolescentes. Los signos clínicos y el tratamiento quirúrgico fueron claramente establecidos desde hace aproximadamente cien años (15). En 1889 Charles McBurney estableció las bases para el diagnóstico y enfatizó que es preferible la cirugía oportuna que una conducta expectante (7).

El factor más importante en la patogénia de la apendicitis es la obstrucción del interior del apéndice. Cuando se obstruye la víscera, se acumulan las secreciones de la mucosa apendicular, que al final distienden el interior. La mayor presión intraluminal al final produce obstrucción completa de las arterias que nutren al órgano. En la mucosa aparecen úlceras aisladas o hay destrucción completa de ella, y en la superficie de la serosa se acumula exudado fibrinopurulento. Las bacterias intestinales invaden la mucosa debilitada y producen una infección intramural difusa con licuación. La combinación de infección bacteriana e infarto arterial ocasiona gangrena y perforación (7).

Anatomopatológicamente se reconocen cinco etapas, con variaciones en ellas según la severidad del padecimiento.

SIMPLE.- Incluye apendicitis focal, hiperemia y edema mínimo. No se advierte exudado de la serosa.

SUPURADA.- El apéndice y su meso están edematosos. Se advierten petequias y aparecen capas de exudado fibrinopurulento.

GANGRENOSA.- Se acentúan los signos de apendicitis supurada. Aparecen zonas violáceas que denotan gangrena en la pared del apéndice. Hay microperforaciones, aumenta el líquido peritoneal y puede ser purulento con olor fétido.

PERFORADA.- Existe perforación macroscópica de la pared apendicular por lo regular en el borde antimesentérico y junto a un fecalito obstructor. El líquido peritoneal puede ser purulento y fétido. Puede haber obstrucción parcial o completa del íleon.

ABSCEDADA.- El apéndice o parte de él puede tener necrosis. Se forma una gran masa que contiene pus espeso y fétido, cuya localización puede ser, fosa ilíaca derecha, en sitios retrocecales, subcecales o pélvicos.

Estos grupos están dispuestos en orden creciente de gravedad y presuponen al mismo tiempo una evolución más avanzada cada vez (7,11,15).

El síntoma principal de la apendicitis es el dolor abdominal de comienzo periumbilical, independientemente del sitio en que se encuentre el apéndice. El dolor tiene comienzo gradual y suele ser persistente. Más tarde cambia al cuadrante inferior derecho del abdomen en donde se localiza. Este cambio en el sitio es un signo diagnóstico importante e indica la formación de un exudado irritativo alrededor del apéndice inflamado. El dolor abdominal se presenta en 99% de los casos y se asocia a náusea y vómito en 88%(7,11,14,15).

Las variaciones en los síntomas se deben a anomalías anatómicas. Cuando el apéndice tiene posición retrocecal puede haber dolor en el flanco

o el dorso. Si su punta inflamada está contra el uréter, el dolor puede irradiarse a la región inguinal o al testículo y aparecer síntomas de vías urinarias. De manera semejante, en apéndice pélvico en que su punta está junto a la vejiga puede haber polaquiuria o disuria. Si surge un absceso pélvico los síntomas de vías urinarias pueden ser intensos y haber diarrea.

En promedio, 66 % de los apéndices son retrocecales o retrocólicos y el 33% están libres en el estrecho pélvico superior. En raras ocasiones el apéndice tiene posición subcecal, preileal o posileal, o bien está en un sitio ectópico, como en un saco herniario, o atraviesa todo el abdomen y su punta llega al cuadrante inferior izquierdo. En casos de rotación incompleta del intestino el apéndice suele estar en el cuadrante superior derecho del abdomen, o rara vez en el lado izquierdo (7).

En las primeras 12 a 24 horas después de comenzar el dolor son mínimas la fiebre, la taquicardia y los signos de deshidratación, pero se agravan notablemente en las etapas ulteriores. El dolor localizado en la pelvis puede ser un dato útil en el tacto rectal, y la presencia de una masa sugiere absceso, o tal vez un quiste ovárico en jovencitas (7,11).

La perforación del apéndice es probable cuando un niño ha tenido síntomas por más de 36 horas, tiene fiebre elevada y un gran número de leucocitos y muestra dolor difuso en todo el abdomen (7,15).

El cuadro típico descrito previamente, difiere en el grupo de pacientes preescolares y más aún en los recién nacidos, debido a ello se reporta un 50 a 70 % de perforación en los niños en edad preescolar; el cuadro es aún más atípico en los pacientes recién nacidos y como consecuencia el rango de mortalidad se eleva desde 60 a 100 %. La causa de

apendicitis neonatal no es clara, sin embargo, se ha visto asociada con otras entidades como enfermedad de Hirschsprung o enterocolitis necrosante (15).

La citometría hemática tiene utilidad limitada en el diagnóstico. El número de leucocitos suele aumentar moderadamente y el de neutrófilos también se incrementa. Sin embargo, las cifras normales de leucocitos no excluyen la posibilidad de apendicitis, y en las primeras etapas suele advertirse leucopenia moderada. El análisis de orina es importante ante la posibilidad de infección de vías urinarias, sin embargo no es determinante (7,9,10,15).

El diagnóstico de apendicitis aguda por lo general se hace con una base clínica. Cuando hay duda del diagnóstico, son de utilidad las radiografías del abdomen. El signo radiográfico más útil es una trama anormal de los gases intestinales en el cuadrante inferior derecho del abdomen. El fecalito calcificado es una prueba convincente de apendicitis, pero sólo surge en un 20 % de los casos; la radiografía de tórax es indispensable para descartar la posibilidad de una neumonía (6,7,11,15). Actualmente se ha reportado la utilidad en el diagnóstico del ultrasonido hasta en un 95 % de certeza; se ha reportado asimismo una sensibilidad del 95 % y una especificidad del 92 % (5,13).

El tratamiento pretende la apendicectomía temprana y se acepta hasta un 20 % de apendicectomías sanas. En apendicitis complicadas el tratamiento incluye apendicectomía y drenaje más antimicrobianos. La mortalidad es de 0.1 % para mayores de 2 años de edad, 10 % en lactantes y 80 % en promedio en recién nacidos (11).

La incidencia exacta de esta entidad se desconoce en nuestro medio, sin embargo hemos observado que es la cirugía de urgencia más frecuente (6,7).

El diagnóstico diferencial incluye: constipación, gastroenteritis, infección de vías urinarias, enfermedad inflamatoria pélvica, salmonelosis, neumonía e invaginación; la adenitis mesentérica y el divertículo de Meckel son diagnósticos quirúrgicos (7,11,15).

La revisión retrospectiva de este trabajo, pretende actualizar los datos sobre incidencia, medios diagnósticos y manejo médico-quirúrgico, así como evaluar la experiencia en nuestro servicio sobre la patología en cuestión.

MATERIAL Y METODOS

Se revisaron los expedientes de todos aquellos pacientes en quienes se realizó apendicectomía, durante el período comprendido de Enero de 1987 a Diciembre de 1991, recopilando de cada caso los siguientes datos: nombre, edad, sexo, sintomatología, diagnóstico de ingreso, tiempo de evolución, antecedente de tratamiento previo a su ingreso (especificándose si existió prescripción médica), alteraciones de la citometría hemática, hallazgos radiológicos, patología asociada, manejo médico ofrecido y su duración, manejo quirúrgico, complicaciones, reintervenciones, tiempo de hospitalización, así como su procedencia.

Se analizaron las diferentes variables obteniéndose los siguientes datos.

RESULTADOS

Durante el período comprendido en el estudio, se realizaron un total de 1951 operaciones en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional " Lic. Adolfo López Mateos", de las cuales 258 fueron apendicectomías (13.2 %).

Al realizar la revisión de los expedientes, notamos la ausencia del reporte anatomopatológico en casi la totalidad de los casos, por lo cual, la descripción quirúrgica fue tomada como elemento diagnóstico definitivo.

En general, de los pacientes captados con apendicitis 141 fueron varones y 117 mujeres (54.7 % y 45.3 % respectivamente). Se establecieron grupos de edad, observándose que el 58.8 % de los pacientes quedaron incluidos en el grupo de 6 a 11 años, lo cual representa el grupo de edad más afectado (Tabla 1).

Dentro del grupo de menores de un año, se encuentran sólo dos pacientes, uno de ellos operado a los 8 meses de edad, encontrándose el apéndice cecal sana, siendo un cuadro enteral la causa de la sintomatología. El otro paciente fue un recién nacido, operado a los 20 días de vida, con el diagnóstico preoperatorio de probable enterocolitis necrozante, ya que presentaba distensión abdominal, ruidos peristálticos ausentes y radiológicamente neumoperitoneo; los hallazgos quirúrgicos fueron una apéndice cecal perforada en su borde antimesentérico a un centímetro de su

base, colon normal en toda su extensión; se tomaron biopsias de la pared del colon descartándose así enfermedad de Hirschsprung.

La estancia hospitalaria en la gran mayoría de los pacientes fue corta, 2 o 3 días (54 %). El tiempo de estancia más prolongado fue de 28 días, y esto sucedió en sólo un paciente (recién nacido) (Tabla 2).

El cuadro clínico se caracterizó por dolor abdominal en 90.6 % de los pacientes, acompañado generalmente de fiebre (85 %), datos de irritación peritoneal (49.2 %), vómito (46.5 %) y tacto rectal doloroso (10 %). Otros síntomas descritos con menor frecuencia son: diarrea, náuseas, cefalea, anorexia y disuria (Gráfica 1).

La sintomatología fue modificada en muchas ocasiones debido a la administración de medicamentos, lo cual sucedió en 30 % de los pacientes; los medicamentos más frecuentemente indicados son butilhioscina, ácido acetilsalicílico, penicilina, metronidazol, mebendazol y en ocasiones fue indicada la asociación de dos antimicrobianos. El uso de los medicamentos señalados fue indicado por un médico en el 33.5 % de los pacientes.

En relación con el tiempo de evolución, 47.2 % de los pacientes ingresaron al hospital dentro de las primeras 24 horas de su padecimiento. Llama la atención que el 45 % de los pacientes acude al hospital 25 a 36 horas después del inicio de la sintomatología (Tabla 3).

La citometría hemática presentó cifras anormales de leucocitos en 47.6 %, reportándose cifras con un rango de 12,000 a 31,000. Se reportaron citometrías hemáticas normales en 52.3 %.

Los signos radiológicos más frecuentemente descritos fueron; borramiento del psoas derecho (29.2 %), presencia de niveles hidroaéreos en fosa ilíaca derecha (22.2 %), escoliosis hacia la derecha (14 %), presencia de

asa fija (7 %), presencia de un fecalito calcificado (3.9 %), exclusión del ciego (3.5 %) y datos de bloqueo mecánico (1.5 %). Se reportaron radiografías de abdomen normales en 18.3 % de los casos. No fueron descritos hallazgos radiológicos en 33 % del total de los pacientes incluidos en el estudio (Gráfica 2).

Con fines descriptivos, se dividió a los pacientes en estudio en tres subgrupos, tomando como base el reporte quirúrgico. Los subgrupos son:

- * Apendicitis aguda: 62 %.
- * Apendicitis perforada: 37.9 %.
- * Apéndice normal: 2.7 %.

APENDICITIS AGUDA

Se incluyen en éste grupo todos los casos reportados como apendicitis simple, supurada, periapendicitis con o sin diversos grados de peritonitis e hiperplasia linfoide. La mayor parte de los pacientes provenían de su domicilio, con un tiempo de evolución variable (rango de 9 a 48 horas), con promedio de 22 horas en el 82 % de los casos. De los pacientes incluidos en este grupo, 21 (13.1 %) recibieron tratamiento extrahospitalario, 70 % indicado por un médico.

Los resultados de la citometría hemática se reportaron alterados (específicamente cifras de leucocitos) en sólo 28 %, y se reportaron cifras normales en 72 %.

El diagnóstico preoperatorio fue de apendicitis aguda en 92 % de los casos, de apendicitis perforada en 6 % y de abdomen agudo en 2 %. Se

efectuó apendicectomía en todos los pacientes, manejados durante el post operatorio con soluciones parenterales según requerimientos durante 24 a 48 horas en promedio; se utilizó dipirona y se inicio la vía oral 24 horas después de la cirugía.

Se presentaron complicaciones en 2 casos, un cuadro neumónico secundario a broncoaspiración y un segundo paciente quien presento un cuadro de oclusión intestinal durante el post operatorio tardío, a quien se realizó ileostomía. El tiempo de hospitalización en la mayor parte de los casos fue en promedio de 2 a 3 días y sólo un paciente requirió 15 días de hospitalización (Tabla 4).

Las complicaciones mencionadas fueron resueltas satisfactoriamente, requiriéndose sólo una reintervención quirúrgica. La evolución fue favorable en 98.7 % de los pacientes de este subgrupo. No se reporta mortalidad.

APENDICITIS PERFORADA

Este subgrupo comprende todos los casos reportados como apendicitis gangrenada, perforada y abscedada con o sin diversos grados de peritonitis y epiploitis.

El 70 % de los pacientes provenían de un centro hospitalario, con un tiempo de evolución variable (rango de 20 horas a 5 días), con un promedio de 44 horas. De los pacientes incluidos en este subgrupo, 58 (63.7 %) recibieron tratamiento previo, 87.9 % indicado por un médico.

Los reportes de la citometría hemática fueron anormales en 76.9 % y normales en el 23.1 %.

El diagnóstico preoperatorio fue de apendicitis perforada en 92 % de los casos, apendicitis aguda en 1.2 % y de abdomen agudo en 6.8 %. Una vez establecido el diagnóstico de apendicitis perforada, se inició manejo antimicrobiano en todos los casos, a base de clindamicina o metronidazol (12%), y gentamicina asociada a metronidazol (88 %). Se presentaron complicaciones en 23 pacientes (25.2 %) de los casos incluidos en este subgrupo. Dichas complicaciones fueron: absceso residual (11 pacientes), oclusión intestinal (5 pacientes), íleo prolongado (2 pacientes), vólvulo (2 pacientes), atelectasia pulmonar (1 paciente) (Gráfica 3)..

Se requirieron 7 reintervenciones quirúrgicas, realizándose así, el drenaje de dos abscesos subdiafragmáticos, el drenaje de dos abscesos pélvicos y tres laparotomías más, dos de ellas para realizar la reducción de vólvulo y una más para liberación de bridas. Todas las complicaciones fueron resueltas satisfactoriamente. No se reporta mortalidad.

Por lo que respecta al manejo antimicrobiano, se continuó el mismo esquema establecido en el periodo preoperatorio, administrándose durante un periodo de diez días. Cuando clínicamente se diagnóstico la presencia de un absceso residual, se confirmó en 90 % de las veces por medio de ultrasonografía; el manejo médico de esta complicación se realizó a base de las siguientes asociaciones: cefotaxima-amikacina (40 %), ampicilina-gentamicina-metronidazol (20 %) y únicamente ceftazidima (40 %). Estos esquemas fueron utilizados por un tiempo mínimo de 14 días y un máximo de 22 días. Se obtuvo adecuada respuesta en el manejo de esta complicación

en 63.6 % de los pacientes. La estancia hospitalaria fue en promedio de 6 días, con un rango de 4 a 25 días (Tabla 5).

APENDICE NORMAL

Se incluyeron todos aquellos pacientes reportados en la nota quirúrgica como operados con un apéndice cecal normal. Se registraron siete pacientes, con las siguientes edades: 8 meses; 4, 6, 8 y 14 años de edad (3 pacientes del sexo femenino de esta última edad). En todos ellos la evolución fue excelente, sin que se presentaran complicaciones y con una estancia hospitalaria de dos días en promedio. El 70 % de ellos recibieron manejo extrahospitalario, siempre por un médico. Los reportes de las citometrías hemáticas presentaron alteraciones especialmente en lo referente a las cifras de leucocitos (76 % hacia la leucocitosis y 30 % mostraban leucopenia); el 90 % de estos reportes no mostraban datos referentes a la diferencial de leucocitos. No se reportaron otras alteraciones.

En solo una paciente de 14 años de edad, el hallazgo quirúrgico fue un tumor ovárico dependiente del anexo derecho. No se reportaron otros hallazgos quirúrgicos además de un apéndice cecal normal.

PATOLOGIA ASOCIADA

Se consideraron patología asociada a aquellas entidades nosológicas que acompañaron el cuadro de apendicitis o que fueron

referidos como antecedentes patológicos de importancia para el padecimiento actual; esto sucedió en 13.1 % de los pacientes. Dichas entidades fueron: obesidad exógena (14 casos), alteraciones en el examen general de orina (8 casos), cuadro de faringoamigdalitis agudo (3 casos), dismenorrea (3 casos), estreñimiento (2 casos) y sólo un caso en cada una de las siguientes patologías, colon irritable, comunicación interventricular y diarrea. Se reporta un caso con antecedente de atresia intestinal.

DISCUSION

La apendicitis en nuestro hospital, como en muchas otras partes representa, la urgencia abdominal que amerita manejo quirúrgico más frecuente en la edad pediátrica.

Se encontró un ligero predominio de afección en el sexo masculino. El grupo de edad más afectado fue el que incluyó a los pacientes de 6 a 11 años. El cuadro clínico representado por dolor abdominal, fiebre y datos de irritación peritoneal fueron determinantes para establecer el diagnóstico; datos como fiebre, letargia e irritabilidad tienen importancia de valor pronostico (6).

La citometría hemática tiene valor limitado, ya que se obtuvieron cifras normales en más de la mitad de nuestros pacientes y casi todos los reportes fueron incompletos. Otros autores reportan hasta 59 % de citometrías hemáticas normales (11).

Fueron razones de importancia en el retraso del diagnóstico, el tratamiento medicamentoso previo, generalmente indicado por un médico, la historia de dolor abdominal recurrente y de enfermedades gastrointestinales previas, lo cual concuerda con lo reportado por Buchman y Harland (4,6).

Se describieron signos radiológicos sugestivos en 70 % de los pacientes y placas normales en 18 %; en pacientes en quienes se sospechó la presencia de absceso residual, se realizó ultrasonido pélvico o abdominal con una certeza en el diagnóstico en 90 % de los casos, cifras muy

semejantes a las referidas en la literatura, en donde se menciona una sensibilidad de 89 % y una especificidad de 92 % (1,5,12,13,14).

El diagnóstico preoperatorio fue certero en 91 % de los casos, existieron fallas en el diagnóstico relacionadas básicamente con el tiempo de evolución, ya que el 7 % de las apéndices perforadas tuvieron un diagnóstico preoperatorio de apendicitis aguda y lo contrario sucedió en el caso de los niños reportados con apendicitis aguda en 1.7 %; En 0.38 % de los casos, el diagnóstico fue diferente de apendicitis (tumor ovárico derecho), un caso.

Los casos reportados como apendicitis aguda tuvieron una evolución favorable en 98.7 %, presentándose complicaciones en dos casos, resueltos posteriormente en forma satisfactoria; el 62.5 % con una estancia de 2 a 3 días. El 81 % fueron pacientes mayores de 7 años.

Los casos de apendicitis perforada, procedían en 70 % de un centro hospitalario generalmente con manejo medicamentoso. Es importante decir que la sintomatología fue generalmente modificada por la administración de analgésicos y antimicrobianos, esto fue determinante en pacientes menores de 6 años. Se han referido otros factores que favorecen la incidencia de perforación, como el nivel cultural de los padres, nivel económico y estado nutricional del paciente (6,9). Las complicaciones que se presentaron fueron resueltas satisfactoriamente. La estancia hospitalaria en 65 % de los pacientes tuvo un promedio de 5 a 7 días de duración.

El tratamiento de los abscesos con ceftazidima fue satisfactoria en 74 %; dichos absceso residuales requirieron drenaje quirúrgico en 26 % de estos pacientes complicados. Se reporta la sobrevida de un recién nacido en quien se efectuó apendicectomía y drenaje, quien evolucionó sin complicaciones.

Las apendicectomías realizadas en pacientes con un apéndice cecal sana, evolucionaron sin complicaciones y representan el 2.7 % de todos los pacientes incluidos en el estudio, en comparación con el 20 % "permisible", referido en la literatura (5,7,11).

CONCLUSIONES

1.- La apendicitis es una entidad frecuente y a pesar de ello mal manejada en muchas unidades hospitalarias.

2.- Se encontró un ligero predominio en el sexo masculino, vista la enfermedad en general, mientras que fue más frecuente la realización de apendicectomías de pacientes sanos en el sexo femenino, esto último probablemente debido a la mayor diversidad en el diagnóstico diferencial.

3.- El índice de apendicectomías en pacientes sanos encontrado en nuestro estudio, mejora por un amplio margen a él aceptado.

4.- La mayor incidencia de apendicitis observada es entre los 6 y 11 años de edad.

5.- El reporte anatomopatológico es básico para la realización de estos estudios y sin embargo, no pudo ser tomado en cuenta por su ausencia en casi todos los expedientes. A esto debemos agregar que el 77 % de los expedientes revisados, se encuentran microfilmados. Se tomó como base el reporte quirúrgico.

6.- El cuadro clínico fue determinante en el diagnóstico, encontrando poco apoyo en la citometría hemática, dado que los resultados no sugerían el diagnóstico y muchas veces los resultados son reportados en forma incompleta.

**ESTA TESTIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

7.- La radiología resultó un buen método de apoyo, aunque el único dato considerado como definitivo sólo se presentó en 3.9 % (fecalito calcificado). La radiografía de tórax es indispensable.

8.- La certeza diagnóstica en nuestro servicio es de 91%.

9.- El manejo post operatorio debe ser sintomático en los casos agudos y está justificado el empleo de antimicrobianos en los casos de apendicitis perforada en quienes además de la apendicectomía, debe colocarse drenaje. El lavado de cavidad debe realizarse en aquellos pacientes con materia fecal o pus libre en cavidad.

10.- Durante este período de 5 años, la evolución fue satisfactoria para todos nuestros pacientes. No se reporta mortalidad.

11.- Es básico para la realización de investigación, la integridad de los expedientes, ya que la omisión de datos disminuye la calidad de los trabajos.

TABLA 1

AFECCION POR GRUPOS DE EDAD

GRUPOS DE EDAD	No. PACIENTES	PORCENTAJE
< 1 AÑO	2	0.7%
1 - 2 AÑOS	3	1.1%
3 - 5 AÑOS	27	10.0%
6 - 11 AÑOS	152	58.0%
12 - 14 AÑOS	74	28.0%

TABLA 2

TIEMPO DE ESTANCIA HOSPITALARIA

DIAS	No. PACIENTES	PORCENTAJE
2 A 3	140	54.2%
4 A 5	60	23.2%
6 A 9	37	14.3%
> 10	21	8.1%

TABLA 3

TIEMPO DE EVOLUCION

TIEMPO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
< 12 HORAS	19	7.0%
13 - 24 HORAS	122	47.2%
25 - 36 HORAS	50	19.3%
> 36 HORAS	67	25.9%

TABLA 4

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

APENDICITIS AGUDA

TIEMPO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
1 - 2 DIAS	100	62.5%
3 - 5 DIAS	58	36.2%
6 O MAS DIAS	2	1.2%

TABLA 5

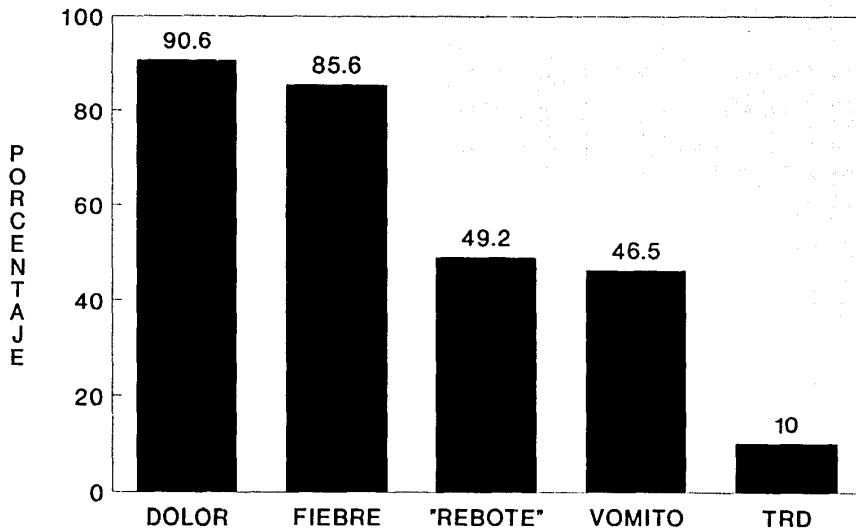
TIEMPO DE HOSPITALIZACION

APENDICITIS PERFORADA

TIEMPO	No. PACIENTES	PORCENTAJE
2 - 4 DIAS	11	12.0%
5 - 7 DIAS	60	65.9%
8 - 10 DIAS	6	6.5%
11 O MAS DIAS	14	15.3%

GRAFICA 1

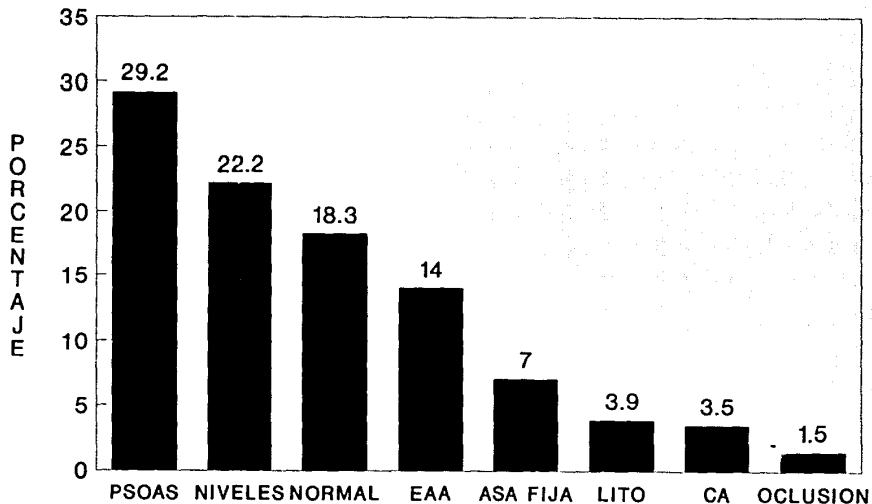
SINTOMATOLOGIA



TRD:TACTO RECTAL DOLOROSO

GRAFICA 2

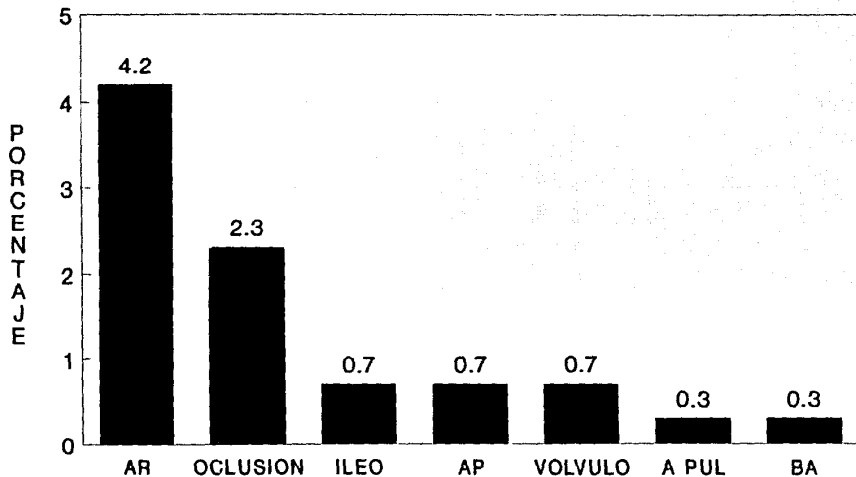
SIGNOS RADIOLOGICOS



EAA: ESCOLIOSIS ANTIALGICA.
CA: CIEGO AMPUTADO

GRAFICA 3

COMPLICACIONES



AR: ABSCESO RESIDUAL

AP: ABSCESO DE PARED BA: BRONCOASPIRACION

A PUL: ATELECTASIA PULMONAR

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Abu-Yousef M.M.: Sonography of acute appendicitis; acritical review. Crit Rev Diagn Imaging. 1989; 29381-408
- 2.- Per Bagi. Svend D.: Nonoperative management of the ultrasonically evaluated appendiceal mass. Surgery 1987; 101: 602-605.
- 3.- Boungard F. Landers VD. Lewis F. Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease. Am J Surg 1985; 150: 90-95.
- 4.- Buchman GT. Zuidema DG. Reasons for delay of the diagnosis of acute appendicitis. Surg. Gynecol. Obstet. 1984; 158: 260-266
- 5.- Ceres L. Alonso I. López P. Ultrasound study of acute appendicitis in children with emphasis upon the diagnosis of retrocecal appendicitis. Pediatr Radiol 1990; 20: 258-61
- 6.- Harland RN. Diagnosis of appendicitis in childhood. J R Coll Surg Edinb 1991; 36: 89-90.
- 7.- Cloud DT. Appendicitis in Holder TM. Ashcraft KW; (eds); Pediatric Surgery, first edition. Saunders, Philadelphia. 1980; 547-58.

- 8.- Kooi GH. Pit S. Ceftazidime-Metronidazole versus Netilmicin-Metronidazole in the treatment of perforated appendicitis in children. Clin Ther 1990; 12: 54-60.
- 9.- Mersha D. Daniel E. Childhood appendicitis: factors associated with its incidence and perforation in Ethiopian children. Ethiop Med J 1991; 29: 15-19.
- 10.-Neilson IR. Laberge JM. Nguyen LT. Appendicitis in children: Current therapeutic recommendations. J Pediatr Surg 1990; 25: 1113-16.
- 11.-Rámirez SG. Apendicitis aguda. Tesis profesional. UNAM 1986.
- 12.-Rothrock SG. Skeoch G. Rush JJ. Clinical features of misdiagnosed appendicitis in children. Ann Emerg Med 1991; 20: 45-50.
- 13.-Rubin SZ. Martin DJ. Ultrasonography in the management of possible appendicitis in childhood. J Pediatr Surg 1990; 25: 737-40.
- 14.-Vignault F. Filiatrault D. Brandt LM. Acute appendicitis in children: evaluation with US. Pediatr Radiol 1990; 176: 501-04.
- 15.-Kottmeier KP. Appendicitis in Welch KJ. Pediatric Surgery (eds) fourth edition. Chicago. Year Book Medical Publishers Inc. 1986: 989-93.