



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO**

**División de Estudios Superiores
FACULTAD DE MEDICINA**



11217
227

APENDICITIS Y EMBARAZO

Tesis de Postgrado

Que presenta

el Dr.: **ERICK REYES-VILLA BACIGALUPI**

Para obtener el Título en la Especialidad de
GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

MEXICO, D. F.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

2002



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

JEFE DEL CURSO:

DR. ALBERTO ALVARADO DURAN



DR. ALBERTO ALVARADO DURAN

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION :

DR. MARIO LOPEZ-LLERA MENDEZ

COORDINADOR DE TESIS :

DR. JOSE GORDILLO FERNANDEZ

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

CON ESPECIAL AGRADECIMIENTO AL
DOCTOR JOSE GORDILLO FERNANDEZ
POR SU ORIENTACION PARA LA REA
LIZACION DE ESTE TRABAJO.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A MIS SERES QUERIDOS Y CERCANOS

ESTA DEDICADA MI VIDA ENTERA.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N D I C E

INTRODUCCION

- ANATOMIA DEL APENDICE
- CUADRO CLINICO
- ANTECEDENTES

MATERIAL Y METODOS

RESULTADOS

DISCUSION

BIBLIOGRAFIA

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

I N T R O D U C C I O N :

La apendicitis aguda es una alteración inflamatoria que considerablemente ha contribuido con las ciencias quirúrgicas acerca del diagnóstico y tratamiento de todas las enfermedades inflamatorias intraperitoneales; así como llamó la atención en la importancia del diagnóstico precoz y el tratamiento quirúrgico inmediato a fin de disminuir la mortalidad de ésta entidad patológica específica.

Revisando una secuencia histórica, nos encontramos que Mestivier en 1759 publicó uno de los primeros casos de apendicitis aguda.

Según relata Garrott, se cree que su informe sea la primera descripción válida de la enfermedad; aunque Heister en 1581 y Fernel en 1711 mencionaron la apendicitis.

Melier en 1827, señaló que la apendicitis perforada era causa frecuente de peritonitis y muerte entre los adultos jóvenes; pero el valor de sus observaciones fueron negadas por las conclusiones erróneas de Dupuytren, quien gozaba de ma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por prestigio, y atribuía la enfermedad al ciego, no al apéndice, persuadiendo a Husson y Dance a aceptar sus opiniones, las cuales aparecieron en el informe de 1827 de estos autores; más tarde en 1833, Dupuytren expresaría estas opiniones en sus lecciones sobre cirugía clínica.

El término de "Peritiflitis" nació con Goldbeck en 1830, atribuyendo la enfermedad a la inflamación pericecal.

Hasta 1884 aparecen únicamente datos superficiales, de ningún modo pruebas convincentes de que la apendicitis aguda era admitida como entidad reconocida.

Según referencia de Kelly y Hurdon (1905), Krönlein describió la primera peritonitis atribuida a apendicitis perforante en 1884, y realizó la primera apendicectomía deliberada, para tratarla con resultado funesto.

Reginald Fitz en 1886 logra la admisión de la apendicitis como entidad clínica y anatómopatológica, estableciendo además que para su curación era esencial el tratamiento quirúrgico. En un informe que rindió ante la Primera Reunión de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Asociación Americana de Médicos presentó doscientas cincuenta y siete historias, diagnosticadas anatómicamente. Desechó las denominaciones Tiflitis, Peritiflitis y Paratiflitis, llamando la atención sobre: "La importancia que tiene el hecho de que en la inmensa mayoría de los casos, la enfermedad primaria fuese una inflamación del apéndice cecal" .

Charles McBurney en 1894, contribuye formulando en un arreglo ordenado y preciso, los rasgos clínicos de las fases iniciales de apendicitis que hacen posible un diagnóstico precoz, y contribuye a establecer el criterio operatorio, insistiendo siempre, en la necesidad de la apendicectomía temprana.

La primera referencia de ésta entidad en el embarazo la encontramos con McArthur en 1895, quien indica que ésta eventualidad "requiere una consideración especial"

Babler en 1908, llamó la atención al encontrar y reportar un cuarenta y nueve por ciento de mortalidad materna, escribiendo: "La mortalidad de la apendicitis como complicación en el emba-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

razo y puerperio es mortalidad del retardo"

Hasta la actualidad, se han realizado varias revisiones bibliográficas y confeccionado casuísticas diversas sobre el tema, nos referiremos a ellas más adelante.

Anatomía del apéndice .-

El apéndice vermiforme es el residuo del ápice del ciego, su longitud varía entre 2.5 y 25 cm. Posee su propio mesenterio, de forma triangular, por el cual corren sus vasos sanguíneos y linfáticos. La circulación arterial procede de la arteria apendicular, rama de la porción terminal de la arteria ileocólica.

Las tres bandas musculares longitudinales (Teniae Coli) del ciego, nacen con la base del apéndice y recorren el colon en todo su trayecto intra-abdominal.

La posición del apéndice con respecto a la cabeza del ciego y el fleon terminal varía considerablemente; sin duda, esto repercute en la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

localización del dolor espontáneo y de palpación en la apendicitis.

Alguna vez el apéndice puede no ser fácil de localizar, se le encuentra siempre, cuando existe, siguiendo las "Teniae Coli" hacia abajo, hasta su punto de origen en el vértice del ciego, que es también el punto de origen del apéndice.

El ciego se aloja normalmente en la fosa iliaca derecha, cuando el cuerpo se halla en decúbito supino; puede deslizarse sobre la cresta de la pelvis cuando el cuerpo se halla en posición erecta. Posee una movilidad variable dentro de la cavidad abdominal o pelvis debido a que constituye una prominencia del borde antimesentérico del intestino, más que un segmento en línea de continuidad.

Baer (1932) y colaboradores, han estudiado el desplazamiento cecal durante el curso de la gestación en veinte mujeres. Estos autores han demostrado radiográficamente los desplazamientos hacia arriba y derecha del ciego a nivel de la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

tercera vértebra lumbar, en la línea axilar anterior, en el octavo mes de la gestación (Lámina No. 1)

En cuanto a la histología del apéndice, la mucosa se parece a la del colon, en la submucosa están situados numerosos folículos linfáticos que con el tiempo van atrofiándose paulatinamente.

Las cubiertas muscular y serosa son similares a las del colon.

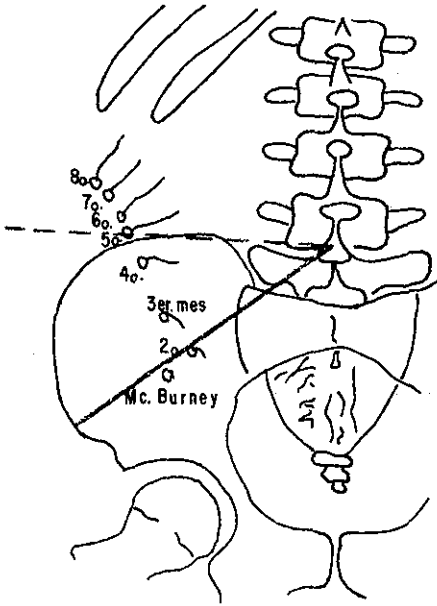
Cuadro clínico ."

El cuadro inicial, por lo general .- consiste en un ligero dolor abdominal generalizado - que comienza en epigastrio, puede acompañarse de anorexia aguda, de náuseas y vómitos. Al cabo de unas - horas, el dolor se localiza en el cuadrante inferior derecho.

Generalmente es referido un período de estreñimiento, aunque algunos pacientes pueden referir diarrea y otros no presentan cambio del hábito defecatorio.

La fiebre en la apendicitis no per-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



LAMINA No. 1

APENDICITIS Y EMBARAZO.
Cambios de posición y dirección
del apéndice durante el embara-
zo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

forante es ligera, generalmente varía entre 37.5°C. y 38.5°C. La frecuencia del pulso es normal.

Algunos pacientes prefieren yacer con el muslo derecho flexionado.

En ocasiones puede encontrarse hiperestesia refleja en la zona cutánea inervada por los nervios intercostales derechos, décimo, undécimo y duodécimo, en el cuadrante inferior derecho del abdomen.

El lugar donde es más intenso el dolor de palpación, está situado en la región denominada punto de McBurney, que según éste autor, dicho punto "se encuentra situado exactamente a una distancia entre cuatro y cinco centímetros de la espina iliaca antero-superior, sobre la línea recta trazada entre ella y el ombligo.

Sabemos actualmente que no siempre puede realizarse tan exacta localización, ya que éste varía en relación a la posición del apéndice y su punta inflamada.

Es frecuente en la apendicitis el dolor referido a la región del apéndice, cuando la ma

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

no exploradora libera repentinamente la presión que ejerce sobre el abdomen, llamado también dolor de rebote.

Otra manifestación temprana en el cuadrante inferior derecho del abdomen es el espasmo o contractura muscular, siendo al principio, protección voluntaria, vencible a la presión suave, especialmente si se distrae la atención del enfermo. Esta contractura tiende a hacerse involuntaria o refleja conforme progresa el padecimiento; sin embargo, pueden darse casos en que aún estando al borde de la perforación no se presente el más leve indicio de espasmo muscular.

En el laboratorio, por lo regular, encontramos un número elevado de leucocitos desde -- las horas siguientes a la aparición de los primeros síntomas de la apendicitis y dentro de ella llama la atención el número elevado de neutrófilos.

Otros exámenes de laboratorio no -- dan variaciones características al padecimiento en -- estudio; sino más bien, nos serán útiles como ayuda en el diagnóstico diferencial.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Antecedentes .-

Los trabajos estadísticos sobre la apendicitis y embarazo, nos muestran datos de interés, los cuales nos proporcionarán cifras de comparación a las obtenidas en nuestra Unidad.

La incidencia ha sido muy variable, de acuerdo a informes valorados encontramos desde uno en trescientos cincuenta y cinco para Black (1960); hasta uno en once mil cuatrocientos setenta y nueve para Tedenat (1925)^(7,8).

Babaknia en 1977, en una recopilación de publicaciones sobre el tema, entre 1963 y 1975 encuentra una frecuencia de uno en mil quinientos (0.066%) para quinientos mil partos⁽⁶⁾.

Los diferentes reportes comparten la opinión de que la frecuencia de la apendicitis aguda no parece aumentar en relación al embarazo, en comparación a la misma población femenina no gestantes^(3,6,9,10,11).

En cuanto a la edad de las pacientes, en relación a la presencia de una apendicitis aguda y embarazo la literatura investigada reporta

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en general la ausencia de una preferencia específica, siendo más bien indistinta y similar a la de la población no gestante. Estas consideraciones las hacen también válidas para su relación con la paridad de las - pacientes (1,4,5,12,16).

Los reportes de acuerdo a la edad - gestacional, coinciden según diferentes comunicadores, con mayor frecuencia en el segundo y tercer trimestre del embarazo.

Para Cunningham en 1975, y Townsend en 1976, un veintinueve por ciento en el primer trimestre, cuarenta y siete por ciento en el segundo y un veinticuatro por ciento en el tercero (5,10).

Babaknia en 1977 en su revisión de - amplia casuística indica un diez por ciento en el primer trimestre, cuarenta y nueve por ciento en el segundo, treinta y seis por ciento en el tercero y un cinco por ciento en labor y puerperio.

Colorado⁽⁹⁾ reporta dieciocho, veintitres y cincuenta y nueve por ciento, respectivamente.

McComb del Vancouver General Hospital reporta un dieciseis, cuarenta y siete y un treinta y siete por ciento.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Zaitoon (11) del McNeal Memorial Hospital, en concordancia con otros autores, refiere la sintomatología de la forma siguiente:

Primer trimestre: apendicitis aguda en el embarazo de ésta edad gestacional, no varía al cuadro general, excepto por náuseas y vómitos que pueden dar lugar a confusión diagnóstica.

En el segundo trimestre: todas las pacientes de su serie presentaron anorexia, considerada por algunos autores como patognomónica.

En el tercer trimestre: refiere dicho autor que el cuadro es más bien confuso.

Townsend (5) en su estudio comparativo entre pacientes del North Carolina Baptist Hospital y por el análisis de catorce series publicadas hasta 1960, encuentra: dolor en cuadrante inferior derecho en el noventa por ciento y en la literatura ochenta por ciento; anorexia cuarenta y uno contra sesenta y seis por ciento; náuseas ochenta y seis y setenta y ocho por ciento respectivamente; vómitos sesenta y dos y sesenta y siete por ciento; diarrea siete y dieciseis por ciento; contractura muscular

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en cuadrante inferior derecho ochenta y seis y ochenta por ciento; rebote ochenta y tres contra sesenta y seis por ciento; fiebre sesenta y dos y setenta y nueve por ciento.

En lo que corresponde a mortalidad fetal y neonatal, la prematurez ha sido identificada como causa principal, no reportándose alguna otra causa específica imputable a la apendicitis⁽⁵⁾.

La mortalidad materna alcanzó un cuarenta y nueve por ciento en los estudios de Babler⁽¹³⁾ Brant⁽¹⁴⁾ la reporta en 1967 en un dos por ciento; hasta Zaitoon⁽¹¹⁾ que en 1977, alcanza el cero por ciento.

MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio abarcó de enero de 1971 a diciembre de 1981.

Recopilamos información relativa a nombre y número de afiliación, edad de las pacientes, gestaciones, partos, abortos, cesáreas y embarazos ectópicos. Fecha en que ocurrió la apendicitis, el número de embarazo en el que sucedió la complicación y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

en cuadrante inferior derecho ochenta y seis y ochenta por ciento; rebote ochenta y tres contra sesenta y seis por ciento; fiebre sesenta y dos y setenta y nueve por ciento.

En lo que corresponde a mortalidad fetal y neonatal, la prematurez ha sido identificada como causa principal, no reportándose alguna otra causa específica imputable a la apendicitis⁽⁵⁾.

La mortalidad materna alcanzó un cuarenta y nueve por ciento en los estudios de Babler⁽¹³⁾ Brant⁽¹⁴⁾ la reporta en 1967 en un dos por ciento; hasta Zaitoon⁽¹¹⁾ que en 1977, alcanza el cero por ciento.

MATERIAL Y METODOS:

El presente estudio abarcó de enero de 1971 a diciembre de 1981.

Recopilamos información relativa a nombre y número de afiliación, edad de las pacientes, gestaciones, partos, abortos, cesáreas y embarazos ectópicos. Fecha en que ocurrió la apendicitis, el número de embarazo en el que sucedió la complicación y la

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

edad gestacional de ese embarazo. El procedimiento diagnóstico, definiendo si éste fue clínico, clínico y laboratorial o más bien quirúrgico.

La sintomatología fue analizada - observando lo más comúnmente descrito; dolor en - cuadrante inferior derecho, anorexia, náuseas, vómito, la presencia de evacuaciones diarreicas o constipación, contractura muscular en cuadrante inferior derecho, rebote, hipertermia o su ausencia.

Investigamos entre los datos de la laboratorio la cantidad de leucocitos, hemoglobina reportada y en una casilla especial (otros); la posibilidad de estudios de laboratorio o gabinete que - hubiesen contribuido en el diagnóstico del padecimiento.

En el acápite de cirugía se valoró si la operación quirúrgica fue apendicectomía sola o si se acompañó de cesárea; incluimos además la - mención de técnica quirúrgica y los procedimientos agregados.

Para los casos de embarazo resuelto por vía vaginal, lo referente a si el parto fue an-

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terior o posterior a la cirugía.

La mortalidad fue consignada como materna o fetal y en ésta se dividió aún en prematuridad o inmadurez.

Se realizó un minucioso análisis acerca de los diagnósticos de ingreso, el preoperatorio y el diagnóstico de egreso. Así como el estudio histopatológico completo.

Se asignaron además apartados especiales para registrar los días de hospitalización, días de antibioticoterapia y el de observaciones, - donde anotamos los datos relativos a la evolución del embarazo, las complicaciones que pudieron surgir en el postoperatorio y las condiciones del producto obtenido.

RESULTADOS:

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No.2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, hemos encontrado en el curso de 1971 a la fecha, una frecuencia de apendi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

terior o posterior a la cirugía.

La mortalidad fue consignada como materna o fetal y en ésta se dividió aún en prematuridad o inmadurez.

Se realizó un minucioso análisis acerca de los diagnósticos de ingreso, el preoperatorio y el diagnóstico de egreso. Así como el estudio histopatológico completo.

Se asignaron además apartados especiales para registrar los días de hospitalización, días de antibioticoterapia y el de observaciones, - donde anotamos los datos relativos a la evolución del embarazo, las complicaciones que pudieron surgir en el postoperatorio y las condiciones del producto obtenido.

RESULTADOS:

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No.2 del Centro Médico Nacional del Instituto Mexicano del Seguro Social, hemos encontrado en el curso de 1971 a la fecha, una frecuencia de apendi

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

citis aguda y embarazo aparentemente más baja que la reportada por otros autores en diferentes partes del mundo, ésta inquietud nos ha proyectado a una revisión exhaustiva de nuestros expedientes a fin de correlacionar los datos obtenidos con los de la literatura internacional.

En el período comprendido entre el 1° de enero de 1971 al 31 de diciembre de 1981, se atendieron ciento cincuenta y tres mil trescientas y cuarenta mujeres embarazadas en nuestro Hospital.

Encontramos cuarenta y ocho pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda y embarazo; en nueve de ellas el diagnóstico no fue confirmado por histopatología, por lo que para determinar la frecuencia real en nuestro Hospital, tomamos en cuenta únicamente treinta y nueve pacientes. Así, la frecuencia fue de 0.025 por ciento o una en tres mil novecientas treinta y dos pacientes, la cual es baja en relación a diferentes autores, como podemos observar en el Cuadro I.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO I
FRECUENCIA EN RELACION A PARTOS

AUTOR	LAPSO	CASOS	POR CIENTO	PROPORCION
BABAKNIA (1977)				
John's Hopkins Hospital	-	12	0.053	1 : 1860
Baltimore City Hospital	-	12	0.037	1 : 2700
BUTTERS (1975)				
Hosp.Univ. de Jena	14 años	46	0.140	-
COLORADO (1979)				
IMSS. Monterrey, México	3 años	17	0.022	-
CUNNINGHAM (1975)				
Parkland Memorial Hosp.	15 años	34	-	1 : 2700
MOHAMMED (1975)				
Ottawa Civic Hospital	9 años	25	0.060	1 : 1713
TOWSEND (1976)				
North Carolina Baptist Hospital	19 años	29	0.090	1 : 1150
ZAITOON (1977)				
McNeal Memorial Hospital	6 años	11	-	1 : 1692
PRESENTE ESTUDIO				
HGO 2. CMN. IMSS. México	10 años	39	0.025	1 : 3932

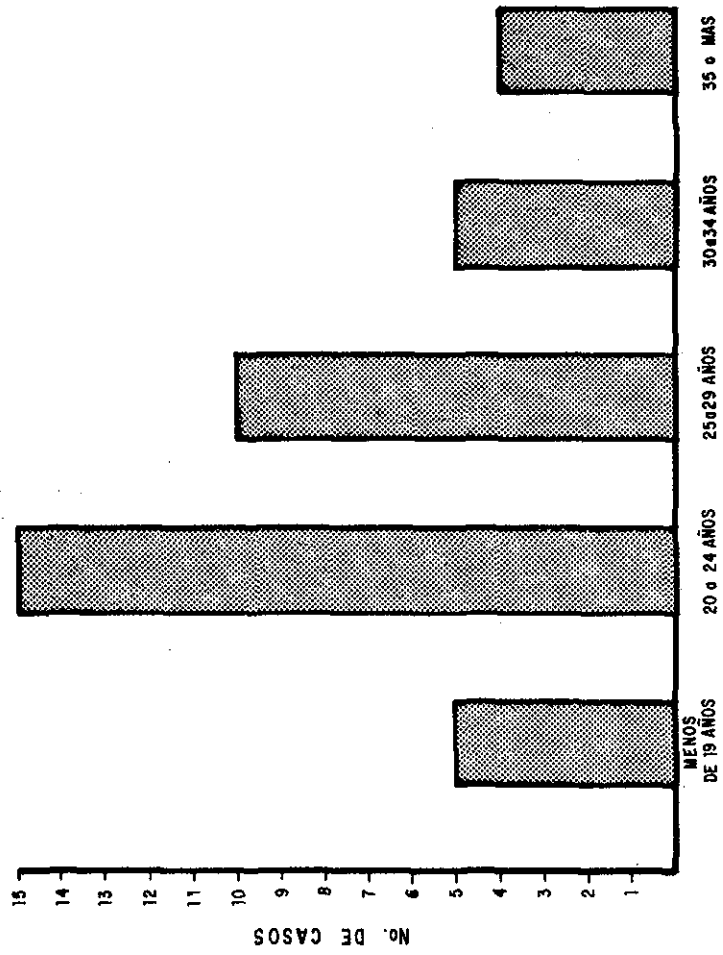
En cuanto a la edad de las pacientes, la incidencia mayor la encontramos en el grupo de pacientes comprendidas entre los veinte y veintinueve años de edad; veinticinco pacientes para un 64.11 por ciento; observando que en los otros gru--

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

17-a

EDAD DE LAS PACIENTES

CUADRO II

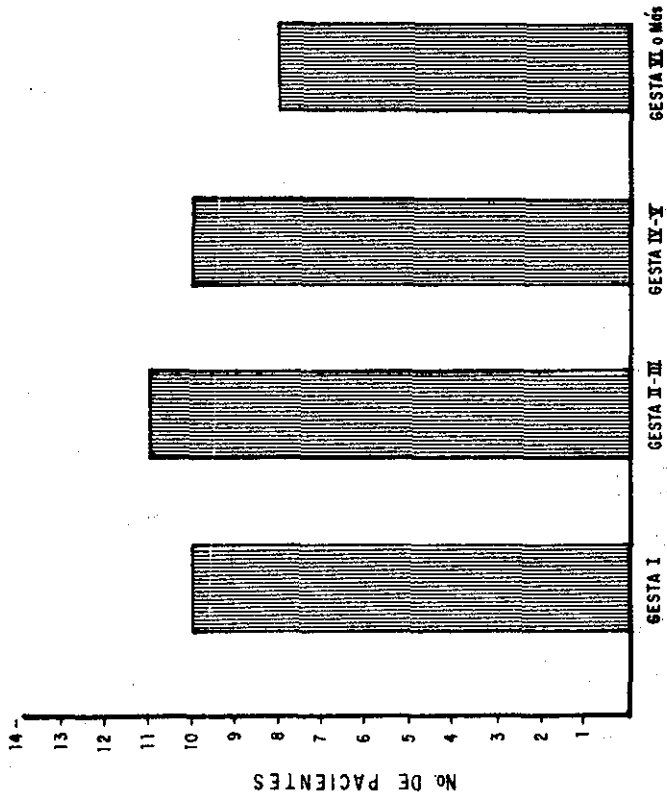


GRUPOS ETARIOS

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

17-b

CUADRO II.
APENDICITIS Y EMBARAZO
GESTACIONES



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

pos etarios, la distribución es prácticamente similar (Cuadro II).

En relación a la apendicitis aguda con el número de embarazos por paciente, nosotros observamos una distribución similar para diferentes paridades, como se demuestra en el Cuadro III.

El proceso patológico se ha presentado en mayor proporción hasta las veinte semanas de gestación (Cuadro IV).

CUADRO IV
EDAD GESTACIONAL

NO. SEMANAS	NO. PACIENTES	POR CIENTO
HASTA 20	23	58.97
21 A 27	7	17.95
28 A 36	4	10.26
MAS DE 36	4	10.26
PUERPERIO	1	2.56
TOTAL:	39	100.00

De aquellos nueve casos en los que el estudio histopatológico del apéndice lo reportó como normal; dos pacientes correspondían al primer

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

trimestre del embarazo, cuatro pacientes al segundo trimestre, dos al tercer y una paciente en el puerperio.

En el Hospital de Gineco-Obstetricia No.2, la frecuencia encontrada es mayor en el primer trimestre del embarazo con un cuarenta y uno por ciento (Cuadro.V). Aunque ésta cifra podría ser igualada para el segundo trimestre, si tomáramos en cuenta a las pacientes diagnosticadas y tratadas como apendicitis aguda durante éste período de embarazo; excluidas, sin embargo, al verificar el estudio patológico de la pieza quirúrgica obtenida como normal.

CUADRO V
EDAD GESTACIONAL COMPARATIVA POR TRIMESTRES Y PUERPERIO

AUTOR	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	PUERPERIO
BABAKNIA	10 %	49 %	36 %	5 %
COLORADO	18 %	23 %	59 %	-
CUNNINGHAM	29 %	47 %	24 %	-
McCOMBS	16 %	47 %	37 %	-
TOWSEND	29 %	47 %	24 %	-
PRESENTE ESTUDIO	41 %	30.8 %	25.6 %	2.6 %

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La sintomatología de mayor presentación ha sido el dolor en fosa iliaca derecha en ochenta y siete por ciento de las pacientes. Encontramos la presencia de hipertermia en un setenta y cuatro por ciento; así mismo, rebote para un setenta y uno por ciento.

En menor proporción, como se indica en el Cuadro Vi, para anorexia, náuseas, vómitos, contractura muscular, constipación y diarrea.

CUADRO VI
SIGNOS Y SINTOMAS

	NO.CASOS	POR CIENTO
DOLOR EN FOSA ILIACA DERECHA	34	87.2
Fiebre	29	74.3
Rebote	28	71.8
Náuseas y vómitos	23	58.9
Anorexia	22	56.4
Contractura muscular	19	48.7
Constipación	9	23.0
Diarrea	5	12.8

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la sintomatología por trimestres, observamos que en el primer trimestre - del embarazo, la apendicitis agregada se presentó - más frecuentemente con dolor, fiebre, presencia de rebote y contractura muscular. En el segundo trimestre vemos dolor prácticamente en todas las pacientes, y la sintomatología coincidente a éste ha sido muy variada. En el tercer trimestre se vió repetidamente hipertermia, dolor, anorexia y la presencia de náuseas y vómitos.

En la paciente de puerperio el cuadro clínico presentó dolor, fiebre, anorexia, presencia de rebote y contractura muscular (Cuadro VII).

CUADRO VII
SINTOMATOLOGIA POR TRIMESTRES Y EN EL PUERPERIO

	PRIMER TRIMESTRE	SEGUNDO TRIMESTRE	TERCER TRIMESTRE	PUERPERIO
DOLOR FOSA ILIACA DERECHA	93 %	100 %	75 %	100 %
Fiebre	75 %	64 %	83 %	100 %
Rebote	100 %	57 %	25 %	100 %
Náuseas y vómitos	50 %	46 %	66 %	0 %
Anorexia	50 %	64 %	75 %	100 %
Contractura muscular	75 %	50 %	8 %	100 %
Constipación	12 %	35 %	8 %	0 %
Diarrea	7 %	7 %	8 %	0 %

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 22 -

Como auxiliar de laboratorio tomamos en cuenta la leucocitosis, que en nuestro laboratorio, para la mujer embarazada, se ha establecido una cifra de 4,000 a 10,000 células blancas por mm^3 como normal, pudiendo alcanzar también como cifra normal hasta 20,000 mm^3 durante el trabajo de parto o puerperio inmediato. Así, de acuerdo a lo expuesto en el Cuadro VIII un veinte por ciento de las pacientes presentó -- cifras acordes a la normalidad, mientras que en un sesenta y cuatro por ciento observamos presencia de leucocitosis.

CUADRO VIII
RESULTADOS EN LA CIFRA DE LEUCOCITOS

	NO. CASOS	POR CIENTO
Menos de 4,000 mm^3	1	3
4,000 a 10,000 mm^3	8	20
10,001 a 15,000 mm^3	9	23
15,001 a 20,000 mm^3	11	28
Más de 20,000 mm^3	5	13
Sin datos	5	13

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 23 -

Cabe mencionar que de las pacientes del grupo de nueve, depuradas al inicio de las consideraciones; cinco corresponden a una leucocitosis de 10,000 a 15.000 mm^3 , tres con titulaciones normales y una con recuento mayor a 15,000 glóbulos blancos -- por mm^3 .

El procedimiento diagnóstico ha sido de tipo clínico en diecinueve pacientes (cuarenta y nueve por ciento); y diagnosticadas en el transoperatorio veinte pacientes (cincuenta y uno por ciento).

De las nueve pacientes no portadoras histopatológicamente de apendicitis, cinco pacientes fueron intervenidas quirúrgicamente con diagnóstico - preoperatorio de apendicitis aguda; en las cuatro restantes el diagnóstico se realizó durante la laparotomía exploradora, extirpándose el apéndice para enviarlo a su estudio patológico, el cual posteriormente no confirmó dicha suposición.

Los diagnósticos de ingreso más frecuentes fueron el de embarazo ectópico, apendicitis aguda y amenaza de parto prematuro, con un total del sesenta y dos por ciento de los emitidos al ingresar

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

- 24 -

la paciente a nuestra Unidad (Cuadro IX)

CUADRO IX
DIAGNOSTICOS AL INGRESO AL HOSPITAL

	NO.CASOS	POR CIENTO
EMBARAZO ECTOPICO	10	26
APENDICITIS AGUDA	9	23
AMENAZA DE PARTO PREMATURO	5	13
D.P.P.N.I.	2	5
DECIDUJITIS	2	5
INFECCION DE VIAS URINARIAS	2	5
PERFORACION UTERINA	2	5
QUISTE TORCIDO DE OVARIO	2	5
ANEXITIS y/o TUMOR ANEXIAL	1	3
O T R O S	4	10

Analizando siempre las nueve pacientes separadas, vemos que los ingresos fueron con la suposición de: apendicitis aguda y embarazo ectópico en tres pacientes para cada caso; quiste torcido de ovario, infección de vías urinarias y amenaza de parto prematuro, para cada una de las tres restantes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 25 -

La cirugía coincidente con la apendicectomía fue la cesárea en seis pacientes (dieciseis por ciento) indicadas principalmente por el proceso -- apendicular, una de estas cirugías fue acompañada de -- histerectomía total por dehiscencia de cicatriz de cesárea anterior y apendicitis aguda supurada.

Histerectomía total abdominal en seis pacientes (dieciseis por ciento), que por lo importante del dato analizaremos por separado:

Caso No. 1

Femenino de 23 años de edad, primigesta con embarazo de 10 semanas, el diagnóstico de -- apendicitis aguda fue clínico; cuadro caracterizado -- por dolor en fosa iliaca derecha, contractura muscular abdominal, presencia de rebote, fiebre y leucocitosis de 11,500 por mm^3 , una hemoglobina de 13.6 g/dl. Se realizó apendicectomía el 6 de marzo de 1976, posteriormente, por absceso pélvico residual se practicó a los diez días una histerectomía total abdominal, por -- estar el útero involucrado en el proceso séptico. Reporte de Patología: apendicitis aguda supurada, peritonitis aguda, útero gestante gemelar, endometritis, salpingitis.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- 26 -

Caso No. 2

Femenino de 22 años de edad, 40 semanas de embarazo, se realiza cesárea Kerr por DCP, en contrándose proceso apendicular. A los doce días se realiza histerectomía total abdominal por abscesos residuales y dehiscencia de herida quirúrgica; el cuadro clínico en ésta paciente previo a la apendicectomía, se caracterizó por dolor, anorexia e hipertermia, con una leucocitosis de 28,300 por mm^3 y una hemoglobina de 8 g/dl.; el reporte de patología refiere: apendicitis aguda.

Caso No. 3

Femenino de 22 años de edad, secundigesta con una cesárea previa, embarazo de 8 semanas, ingresada con diagnóstico de aborto incompleto séptico; siendo el cuadro de náuseas, diarrea, rebote e hipertermia, con una leucocitosis de 41,400 por mm^3 y una hemoglobina de 10.5 g/dl. Se realiza el día de su admisión un legrado uterino instrumental, al día siguiente dado el cuadro agudo se decide practicar una laparatomía exploradora, encontrándose apéndice perforado e indicándose histerectomía total abdominal más apendicectomía.

Caso No. 4

Femenino de 38 años de edad, primigesta de 28 semanas de embarazo, ingresa con diagnóstico de abdomen agudo a descartar apendicitis aguda; con la siguiente sintomatología: dolor en cuadrante inferior derecho, náuseas, vómitos, constipación, una leucocitosis de $15,400 \text{ mm}^3$ y hemoglobina de 11 g/dl. Se realizó cesárea Kerr, histerectomía por miomatosis uterina de grandes elementos con degeneración roja. - Apéndice inflamado con reporte histopatológico de: apendicitis aguda.

Caso No. 5

Femenino de 20 años de edad, secundigesta con cesárea previa, embarazo de 8 semanas, ingresa con diagnóstico de aborto incompleto, provocado, a descartar perforación uterina; cuadro clínico caracterizado por: dolor en cuadrante inferior derecho, náuseas, vómitos, constipación, contractura muscular abdominal y presencia de rebote, hipertermia, una leucocitosis de $20,400 \text{ mm}^3$ con hemoglobina de 10 g/dl. El mismo día se realiza una laparotomía exploradora a fin de descartar la perforación uterina, encontrándose proceso apendicular agudo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Caso No. 6

Femenino de 27 años de edad, tercera gesta, dos cesáreas anteriores, embarazo de 39 semanas; caracterizándose el cuadro clínico por dolor y presencia de rebote, no se tienen resultados de la fórmula blanca leucocitaria, se realizó cesárea iterativa y apendicectomía, por apendicitis aguda supurada, confirmada por patología, debiendo realizarse posteriormente -- una histerectomía total abdominal por abscesos residuales.

Legrado uterino instrumental en cuatro casos (diez por ciento), de los cuales -- dos fueron comentadas anteriormente, los otros -- dos sucedieron en condiciones similares, sin lle--gar a la histerectomía.

Salpingectomía en tres casos (8 por ciento), en los cuales se encontró concomi--tante a proceso apendicular un embarazo ectópico (Cuadro X) .

CUADRO X
CIRUGIA COINCIDENTE CON LA APENDICECTOMIA

	NO.CASOS	POR CIENTO
CESAREA	6	16
HISTERECTOMIA	6	16
LEGRADO UTERINO	4	10
SALPINGECTOMIA (ECTOPICO)	3	8

La apendicectomía realizada en las cuarenta y ocho pacientes embarazadas, fue en todos los casos por insición mediana infraumbilical, la técnica utilizada fue la habitual de pinzamiento, corte y ligadura del meso apendicular, pinzamiento, corte y ligadura en base de apéndice, sutura en bolsa de tabaco en ciego para invaginar muñon apendicular, unión de estas ligaduras a las del muñon del meso apendicular.

En casos de apéndice perforado o presencia de plastron, se utilizaron las variantes correspondientes.

En lo referente a la evolución del embarazo, en quince casos se llegó al embarazo de -

término con parto posterior, incluyéndose cuatro cesáreas.

El veintitres por ciento de las pacientes (nueve casos), presentaron un trabajo de parto prematuro, incluimos una cesárea y tres óbitos.

Se produjeron nueve abortos (veintitres por ciento).

Observamos en tres casos (7.7 por ciento), embarazos ectópicos; otro 7.7 por ciento -- corresponde a tres pacientes de las cuales no tenemos datos relativos al curso posterior de su embarazo, (Cuadro XI).

CUADRO XI
EVOLUCION DEL EMBARAZO

	NO. CASOS ;	POR CIENTO
A TERMINO (4 CESAREAS)	15	38.6
PREMATURO (1 CESAREA) (3 OBITOS)	9	23.0
ABORTO	9	23.0
ECTOPICO	3	7.7
SIN DATOS	3	7.7

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La mortalidad fetal alcanzó un 7.7 por ciento en el presente estudio; siendo la mortalidad materna del cero por ciento.

El período de hospitalización ha variado de tres a treinta y dos días, encontrando que el sesenta y dos por ciento (veinticuatro casos), estuvieron internados hasta catorce días.

Dos pacientes fueron trasladadas a otros Hospitales, concretamente al Servicio de Gastrocirugía del Hospital General del C.M.N., pues ya solucionado el problema obstétrico y como el manejo fue en forma conjunta con dicho servicio, las solicitaron a fin de continuar observando su evolución.

El promedio de internamiento por paciente fue de 12.3 días.

CUADRO XII
DIAS DE HOSPITALIZACION

	NO. CASOS	POR CIENTO
HASTA 4 DIAS	11	29
DE 5 A 14 DIAS	13	33
DE 15 A 24 DIAS	7	18
25 O MAS DIAS	6	15
TRASLADOS	2	5

Promedio de internamiento : 12.3 días

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las pacientes intervenidas por -
apendicitis, no corroborado el diagnóstico por -
el estudio ulterior a la pieza quirúrgica, perma-
necieron hospitalizadas el siguiente período:
seis pacientes de tres a siete días; y tres pa-
cientes de ocho a diez días.

El estudio histopatológico refiere
un 62.50 por ciento (treinta casos) de apendici-
tis aguda; mucocèle apendicular con presencia de
inflamación de un caso (dos por ciento); apendi-
citis crónica tres casos (6.25 por ciento); sin
estudio en cinco casos, los cuales analizamos ex
haustivamente y quedaron incluidos en nuestra se
rie, al observar los relatos quirúrgicos y que -
en su mayoría fueron procesos severos con apéndice
perforado; en nueve casos se reportó apéndice
sin alteraciones de importancia, los cuadros clí
nicos los analizamos comparativamente y hacemos
un resumen en el Cuadro XIV.

CUADRO XIII

ESTUDIO HISTOPATOLOGICO

	NO. DE CASOS	POR CIENTO
APENDICITIS AGUDA	27	56.25
DECIDUA ECTOPICA APENDICULAR CON INFLAMACION AGUDA DE APENDICE CECAL	3	6.25
APENDICITIS CRONICA	3	6.25
MUCOCÉLE APENDICULAR	1	2.00
APENDICE SIN ALTERACIONES	9	18.75
SIN ESTUDIO	5	10.50

33

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO XIV

ANALISIS DE LOS CASOS DE APENDICITE SIN ALTERACIONES

<u>D I A G N O S T I C O</u>	<u>LEUCOCITOS</u>	<u>OPERACION ADECUADA</u>	<u>OBSERVACIONES</u>
1. EMBARAZO 27 SEMANAS MAS PIELONEFRITIS	8,600	-	ALTA CON GESTACION NORMAL SIN DATOS POSTERIORES
2. EMBARAZO 22 SEMANAS TOXEMIA SEVERA, DPPNI, DOS CESAREAS PREVIAS	9,600	CESAREA + SCB.	DPPNI. OBITO.
3. PUERPERIO 5 DIAS APENDICITIS vs ANEXITIS	14,600	-	ALTA AL CUARTO DIA
4. EMBARAZO 16 SEMANAS APENDICITIS y/o PIELONEFRITIS	11,500	-	PARTO A TERMINO
5. EMBARAZO 15 SEMANAS QUISTE TORCIDO	15,900	-	PARTO PREMATURO 33 SEMANAS
6. EMBARAZO 38 SEMANAS .DCP.	10,400	CESAREA	-
7. EMBARAZO 13 SEMANAS .APENDICITIS	6,800	-	ALTA CON GESTACION NORMAL SIN DATOS POSTERIORES
8. EMBARAZO 18 SEMANAS vs ABORTO DIFERIDO	10,900	-	ALTA CON GESTACION NORMAL SIN DATOS POSTERIORES
9. EMBARAZO 10 SEMANAS, ABDOMEN AGUDO vs EMBARAZO ECTOPICO	13,500	-	CESAREA A TERMINO POR R.P.M. y S.F.A.

34

TESIS CON FALLA DE ORIGEN

En todas las pacientes se utilizaron antibióticos, se iniciaron posteriormente al diagnóstico de apendicitis.

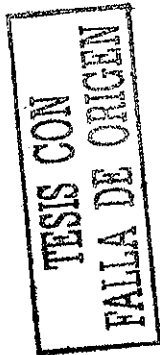
El esquema terapéutico fue como promedio de duración nueve días, siendo utilizados principalmente: penicilina, ampicilina y kanamicina; con menor frecuencia la clindamicina.

DISCUSION:

Estamos de acuerdo con Gómez y -- McDonald (1979), cuando escriben que la apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más común durante el embarazo, aunque no frecuentemente encontrada por un mismo cirujano⁽¹⁾.

La frecuencia encontrada por nosotros es baja en relación a lo reportado en la literatura mundial, lo cual confirma la suposición previa.

No encontramos relación alguna, entre el proceso patológico aunado al embarazo y la paridad o edad de las pacientes, que sea diferente en ausencia del embarazo.



En todas las pacientes se utilizaron antibióticos, se iniciaron posteriormente al diagnóstico de apendicitis.

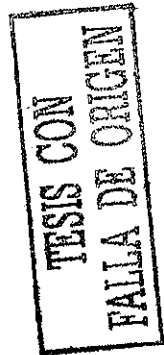
El esquema terapéutico fue como promedio de duración nueve días, siendo utilizados principalmente: penicilina, ampicilina y kanamicina; con menor frecuencia la clindamicina.

DISCUSION:

Estamos de acuerdo con Gómez y -- McDonald (1979), cuando escriben que la apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más común durante el embarazo, aunque no frecuentemente encontrada por un mismo cirujano⁽¹⁾.

La frecuencia encontrada por nosotros es baja en relación a lo reportado en la literatura mundial, lo cual confirma la suposición previa.

No encontramos relación alguna, entre el proceso patológico aunado al embarazo y la paridad o edad de las pacientes, que sea diferente en ausencia del embarazo.



La mayoría de los casos ocurrieron para nosotros hasta la semana veinte del embarazo - (58.97 por ciento), se reporta una mayor incidencia en el segundo y tercer trimestre para Babaknia, Cunningham, Colorado y McComb^(2,6,9,10).

Observando por trimestres, vemos que en nuestra revisión el cuarenta y uno por ciento de los casos, ocurrió en el primer trimestre y un cincuenta y nueve en el segundo y tercer trimestre. Es precisamente en las últimas etapas del embarazo, -- cuando por la sintomatología sumada a la mayor dificultad exploratoria por el desplazamiento que sufre el apéndice, hacen de la apendicitis aguda en la gestación un desafío a la acuciosidad y destreza diagnóstica del obstetra^(1,6,12).

En la sintomatología por trimestres, encontramos:

En el primer trimestre un cuadro si milar al que se presenta en la paciente no embarazada; las náuseas y vómitos, no las observamos en la proporción que describen algunos autores, pero sí, - el diagnóstico se hace difícil porque puede atribuirse a la propia sintomatología del embarazo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En el segundo trimestre encontramos únicamente el dolor como síntoma piloto y la gama de acompañantes es tan variada, como difícil el diagnóstico precoz del padecimiento. Zaitoon⁽¹¹⁾, nos refiere anorexia como casi patognomónica del padecimiento en esta etapa de la gravidez; estamos más de acuerdo con Townsend⁽⁵⁾, quien encuentra en su revisión bibliográfica un sesenta y seis por ciento de presencia del síntoma y en su propia evaluación un cuarenta y uno por ciento; para nosotros ha representado un sesenta y cuatro por ciento (Cuadro VII).

En el tercer trimestre, nos llamó la atención el haber encontrado predominancia de sintomatología y signología digestiva, como presencia de náuseas y vómitos sin justificación en ésta etapa del embarazo en condiciones normales, anorexia, dolor abdominal e hipertermia.

En el laboratorio hemos encontrado un sesenta y cuatro por ciento de pacientes con leucocitosis, lo cual es importante a fin de contar con el apoyo de laboratorio en caso de un diagnóstico dudoso, aunque en un veinte por ciento encontramos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

cifras acordes a la normalidad, y es más, en un dieciseis por ciento correspondían a leucopenia, sin padecimiento acompañante que justificara ésta eventualidad, lo cual nos da un treinta y seis por ciento de duda respecto a éste parámetro.

Muchos de los diagnósticos diferenciales se hicieron, además de la clínica, correlacionando la fórmula blanca con los valores de hemoglobina.

Las pacientes en las que histopatológicamente no se encontró inflamación apendicular, en su mayoría presentaron leucocitosis, lo que probablemente sumada a los hallazgos clínicos, confundió más el cuadro.

En las cuarenta y ocho pacientes que son parte de éste estudio, el diagnóstico se realizó en un cincuenta por ciento durante el transoperatorio y la otra mitad por clínica en el preoperatorio.

Los diagnósticos más frecuentes al ingreso fueron embarazo ectópico, apendicitis aguda y amenaza de parto prematuro, con un sesenta y dos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

por ciento de las suposiciones diagnósticas.

En todos los casos se realizó la ci
rugía, la cual es de suma importancia ante la menor
sospecha de presencia de apendicitis; pues, en esto,
estamos de acuerdo con Babler⁽¹³⁾ quién en 1908 refe
ría: "La mortalidad de la apendicitis como complica
ción del embarazo y puerperio, es mortalidad del re
tardo"

La rapidez del diagnóstico más un
tratamiento oportuno van a contribuir en gran manera
a disminuir la mortalidad materna⁽¹²⁾.

Cuando la cirugía es oportuna, aún
cuando el diagnóstico no fuese posteriormente confir
mado por el estudio de la pieza quirúrgica, como ve
remos más adelante, el pronóstico siempre es más --
alentador tanto para la madre como para el producto.
Así, entendemos que al sospecharse la eventualidad
de una apendicitis en una paciente gravida, está in
dicada la cirugía inmediata.

Revisamos la evolución posterior -
del embarazo, cuidando el observar las semanas de -
gestación en las que tenía lugar el proceso apendicu

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

lar y su relación con el final de ese embarazo; y observamos:

En el primer trimestre, en casi todos los casos, la evolución fue hacia el aborto. Así, vemos que en los embarazos tempranos de ocho semanas, el aborto se presentó en el cien por ciento.

Las pacientes diagnosticadas y operadas en el segundo trimestre de la gestación llegaron al término, en casi su totalidad.

Detectada la patología en el tercer trimestre del embarazo, la evolución del mismo fue la solución por la vía de cesárea o parto prematuro.

Se obtuvieron tres óbitos, en los tres casos la patología apendicular estaba muy avanzada, probablemente la causa fue ésta.

En las pacientes, en quienes no se confirmó el cuadro por histopatología, seis de las nueve continuaron su embarazo ya sin patología dependiente de la cirugía realizada, de las tres restantes, la primera diagnosticada y tratada en -

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

el puerperio- la segunda paciente presentó un aborto diferido y el tercer caso cursó con desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta con óbito fetal (Cuadro XV) .

El período de hospitalización ha estado en relación proporcional en cuanto al inicio del padecimiento y su tratamiento quirúrgico con estancia en la Unidad. A diagnóstico oportuno y tratamiento inmediato, menor tiempo de internamiento, mejor pronóstico y ausencia de complicaciones.

Los índices más bajos en promedios de días de hospitalización, los encontramos en las nueve pacientes cuyo estudio histopatológico de la pieza quirúrgica no reveló inflamación.

Las complicaciones más frecuentes han sido los abscesos residuales, los que han dado lugar a que se realicen histerectomías, presencia de abortos posteriores o partos prematuros.

La mortalidad perinatal es propiciada por la alta frecuencia de parto prematuro, no causado por el cuadro de toxi-infección, no habiendo relación directa entre la apendicitis y el estado del producto.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO XV
RESOLUCION FINAL DEL EMBARAZO

<u>SEMANAS DE EMBARAZO EN QUE OCURRIO LA APENDICITIS.</u>	<u>ABORIO</u>	<u>PARTO PREMATURO</u>	<u>A TERMINO</u>
5 SEMANAS			1 caso
8 SEMANAS	6 casos		
9 SEMANAS			1 caso
10 SEMANAS	1 caso		
11 SEMANAS	1 caso		
12 SEMANAS			1 caso
T O T A L :	8 casos	0 casos	3 casos

24

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO XV

RESOLUCION FINAL DEL EMBARAZO

SEMANAS DE EMBARAZO EN QUE
OCURRIO LA APENDICITIS

NUMERO DE CASOS

ABORTO PARTO PREMATURO A TERMINO

15 SEMANAS			1 caso
16 SEMANAS			2 casos
17 SEMANAS			1 caso
18 SEMANAS	1 caso		
19 SEMANAS			1 caso
23 SEMANAS		1 caso	

TOTAL:

1 caso	1 caso	5 casos
--------	--------	---------

43

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO XV

RESOLUCION FINAL DEL EMBARAZO

<u>SEMANAS DE EMBARAZO EN QUE OCURRIO LA APENDICITIS</u>	<u>ABORTO</u>	<u>PARTO PREMATURO</u>	<u>NUMERO DE CASOS A TERMINO</u>
27 SEMANAS		2 casos	1 caso
28 SEMANAS		2 casos	1 caso
29 SEMANAS		1 caso	
32 SEMANAS		1 caso	
33 SEMANAS		1 caso	
34 SEMANAS		1 caso	4 casos
39 SEMANAS			6 casos
	<u>TOTAL:</u>	<u>8 casos</u>	<u>6 casos</u>

44

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CUADRO XV

RESOLUCION FINAL DEL EMBARAZO
PACIENTES SIN CONFIRMACION HISTOPATOLOGICA DE APENDICITIS
SEMANAS DE EMBARAZO EN QUE
OCURRIO LA APENDICITIS

	<u>ABORTO</u>	<u>PARTO PREMATURO</u>	<u>A TERMINO</u>
6 SEMANAS			1 caso
10 SEMANAS			1 caso
15 SEMANAS		1 caso	
17 SEMANAS			1 caso
18 SEMANAS	1 caso		
22 SEMANAS			1 caso
27 SEMANAS			1 caso
40 SEMANAS			1 caso
<u>TOTAL:</u>	<u>1 caso</u>	<u>1 caso</u>	<u>6 casos</u>

95

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

La mortalidad materna alarmante pa
ra Babler, cuando reporta un cuarenta y nueve por
ciento en 1908, observando que estaba en descenso
con Black⁽⁷⁾ en 1960 con un 4.6 por ciento, hasta
Zaitoon que reporta un cero por ciento, al igual -
que en nuestro estudio; creemos se deba al mejor
desarrollo de las técnicas quirúrgicas, la presen-
cia de la antibioticoterapia, el mejor conocimien-
to del padecimiento y su diagnóstico precoz.

CUADRO XVI

MORTALIDAD MATERNA COMPARATIVA

	<u>POR CIENTO</u>
BABLER (1908)	49.0
BLACK (1960)	4.6
BRANT (1967)	2.0
ZAITOON (1977)	0.0
PRESENTE ESTUDIO (1982)	0.0

Existe discrepancia según la bi-
bliografía sobre la utilidad de los antibióticos.

Así, para Gómez⁽¹⁾ es discutible
el uso de antibióticos en una simple inflamación
del apéndice cecal.



Cunningham y colaboradores⁽¹⁰⁾, refieren el uso de antibióticos en todos los casos, - continuando estos en el postoperatorio únicamente en pacientes a quienes encontró perforación, peritonitis o formación de abscesos.

Burkman⁽¹⁵⁾ refiere que los antibióticos para ser efectivos, deben utilizarse únicamente en casos de infección y posterior al drenaje quirúrgico.

En nuestro Hospital, se utilizaron en todos los casos después de sospechar o encontrar proceso apendicular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

B I B L I O G R A F I A

1. Gómez, A.; W. McDonald:
ACUTE APPENDICITIS DURING PREGNANCY
Am. J. Surg. , 137: 180, 1979
2. McComb, P.; H. Laimon:
APPENDICITIS COMPLICATING PREGNANCY
Can. J. Surg., 23: 92, 1980
3. Mohammed, J.A.; H. Oxorn:
APPENDICITIS IN PREGNANCY
Can. Med. Assoc. J., 112: 1187, 1975
4. Butters, V.G.:
APPENDICITIS ALS KOMPLIKATION WAHREND DER
GESTATION
Zentral Bl. Gynaekol., 97: 619, 1975
5. Townsend, J.; F. Greiss:
APPENDICITIS IN PREGNANCY
South Med. J., 69: 1161, 1976



6. Babaknia, A.; H. Parsa; D.Woodriff:
APPENDICITIS DURING PREGNANCY
Obstet. Gynecol., 50: 40, 1977
7. Black, W.P.:
ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY
Br. Med. J., 1: 1938, 1960
8. Tedenat, J.:
APPENDICITE CHEZ LA FEMME ENCEINTE
Bull Soc.D'Obstet.Gynecol., 14: 237, 1925
9. Colorado, S.; E.Vargas; G.Olivas:
APENDICITIS Y EMBARAZO
Ginecol. Obstet. Mex., 46: 115, 1979
10. Cunningham, G.; J.H.McCubbin:
APPENDICITIS COMPLICATING PREGNANCY
Obstet.Gynecol., 45: 415, 1975
11. Zaitoon, N.; R.M.Razek :
ACUTE APPENDICITIS ASSOCIATED WITH
PREGNANCY LABOR AND THE PUERPERIUM
Am. Surg., 43: 395, 1977

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA

12. ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY
Vr.Med.J., 4: 668, 1975
13. Babler, E.A.:
PERFORATIVE APPENDICITIS COMPLICATING
PREGNANCY
J.A.M.A., 51: 1310, 1908
14. Brant, H.A.:
ACUTE APPENDICITIS IN PREGNANCY
Obstet.Gynecol., 29: 130, 1967
15. Burkman,F.; Friedlander,R.:
RUPTURED APPENDIX IN PREGNANCY
Am. J. Obstet.Gynecol., 122: 265, 1975
16. Peralta,S.; E. Alvarez:
APENDICITIS EN GINECO-OBSTETRICIA
Ginecol. Obstet. Mex., 44: 183, 1978.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN