

38
29

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Hospital Español

**APENDICECTOMIA POR METODO LAPAROSCOPICO VERSUS
TECNICA TRADICIONAL (ABIERTA)**

TESIS DE POSTGRADO:

Que para obtener el Título en la
Especialidad de:

CIRUGIA GENERAL

Presenta:

DR. JESUS FERRERA GRAJALES

México, D.F.

Febrero, 1996.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**



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.

TESIS CON FALLA DE ORIGEN



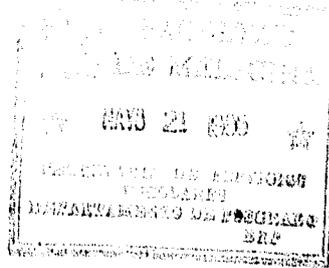
Director Médico del Hospital Español:

Dr. José Naves González



Jefe del Departamento de Enseñanza e Investigación del Hospital Español:

Dr. Alfredo Sierra Unzueta



Jefe del Curso de Cirugía General del hospital Español:

Dr. Alberto Villazón Sahagún

Asesor de la Tesis:

Dr. Oscar Villazón Dávico.

DEDICATORIA:

Esta tesis ha sido dedicada especialmente a mis señores padres: Jesús Emilio Farrera Santos y Ana Martha Grajales Roman (in Memoriam), que siempre, física y espiritualmente han estado en mí con el apoyo incondicional de siempre.

De igual manera a mis queridos hermanos: José, Francisco, Julio y Ana María quienes continúan con mi mismo esfuerzo y dedicación en sus labores cotidianas.

Agradecimientos:

A los Maestros del Hospital Español y fuera del mismo, por su invaluable aportación durante casi cuatro años en mi entrenamiento en Cirugía General.

Dr. Alberto Villazón Sahagun

Dr. Armando Baqueiro Cendon

Dr. Oscar Villazón Dávico

Dr. Ricardo Romero Martínez

Dr. Manuel Gomez Palacios Villazón

Dr. Juan Manuel Marina González

Dr. Sergio Ureta Sánchez

Dr. Alfredo Andrade

Dra. Maria de Lourdes Campos

Dr. Rogelio Revuelta Gutiérrez

Dr. Pedro Pablo de Juanbels

Dr. José G. Farrera Grajales

Dr. Basilio Fernández Alvarado

Dr. Jorge Fernández Alvarez

Dr. Jose Luis Paz Janeiro

Dr. Isidoro Barrios Cedrum

Dr. Felipe Maldonado Campos

Dr. Angel Mouroy Quintanar

Dr. Alfredo Sierra Unzueta
Dr. Ulises Ceron
Dr. Dr. octavio Rojas Días
Dr. Cesareo Fernández Cabal

Dr. Austreberto Zaleta Martínez
Dr. Ismael Barrientos
Dr. Ramos Galvan
Dr. Mario Cardona Gutiérrez
Dr. Anastasio Salazar Buñuelos
Dr. Humberto Hurtado Andrade
Dr. Roberto Cloud Venegas
Dr. Ruiz Hernández

INDICE:

	Página
Introducción.....	01
Antecedentes.....	01
Planteamiento del problema	03
Hipótesis	04
Metas	05
Material y métodos	06
Resultados	09
Discusiones	12
Resumen	17
Conclusiones	19
Anexo	20
Tablas y gráficas	22
Bibliografía	28

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

La apendicitis es la patología intraabdominal que más comúnmente requiere tratamiento quirúrgico urgente, se presenta aproximadamente en el 6% de la población general y esto sin contar con que el apéndice cecal puede ser asiento de otras patologías menos comunes como Neoplasias y otras condiciones inflamatorias poco comunes como infiltrado focal eosinofílico, granulomas, endometriosis, mucocoele, infestaciones parasitarias, etc. (1).

La primera apendicectomía la realizó en 1736 Amyand, Cirujano sargento de Jorge II y de los Hospitales Westminster y St George (2). En 1888 Morton describió el tratamiento quirúrgico exitoso de la apéndice pericecal abscedado y en 1889 Mc Burney describió por

(1)

primera vez la técnica operatoria para la apendicitis aguda (3). En 1904, Murphy reporta resultados de apendicectomía en apendicitis aguda en 2000 operaciones, popularizando en ese entonces la intervención quirúrgica temprana para tratar la apendicitis aguda.

Desde hace un siglo se ha realizado rutinariamente la apendicectomía con técnica abierta como tratamiento para la apendicitis aguda disminuyendo de este modo su morbi-mortalidad. Pero esta disminución de la morbimortalidad fue apoyada por los avances en la anestesia, cuidados perioperatorios, el uso de antibióticos, y de mejores materiales de sutura; ya que desde entonces la técnica quirúrgica en el tratamiento de la apendicitis aguda y la vía de abordaje no han cambiado.

Desde hace ya 80 años la laparoscopia fue introducida en el armamento Médico-quirúrgico para el diagnóstico de problemas abdominales y pélvicos, y posteriormente para su tratamiento. Sin embargo; hasta la década pasada fue posible la realización de múltiples procedimientos quirúrgicos terapéuticos y nuevos diagnósticos, gracias a los recientes avances en óptica, video, resolución de imagen de televisión y miniaturización de componentes (4).

En 1983 el Dr. K. Semm describió la técnica de la apendicectomía por vía laparoscópica para un apéndice cecal no inflamado. (5) En 1985 Fleming en Australia describió la técnica de apendicectomía laparoscópica directa por apendicitis aguda (6). En 1986 también en Australia Wilson describió la técnica de apendicectomía laparoscópica asistida para apendicitis aguda (7). En 1987 Schreiber de Alemania, reportó su experiencia inicial en apendicectomía laparoscópica (8). En 1990 Gotz describe una modificación a la técnica de Semm realizando la apendicectomía usando Endoloops. (10) en la actualidad existen múltiples técnicas para realizar la apendicectomía con técnica laparoscópica (4, ,9, 11).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La apendicitis aguda es la patología intraabdominal que más comúnmente requiere tratamiento quirúrgico urgente y se presenta en el 6% de la población en general, La apendicectomía es el tratamiento, de las cuales existen varias modalidades quirúrgicas de abordaje y por lo tanto cada una tiene su morbilidad y mortalidad.

En el Hospital Español de México se realiza rutinariamente la cirugía laparoscópica desde hace más de tres años, eligiendo los pacientes por técnica abierta o laparoscópica a juicio, capacidad, entrenamiento, y disponibilidad del equipo por el cirujano. Pero no existe un estudio retrospectivo o prospectivo en nuestro medio que compare ambas técnicas de apendicectomía para determinar cual debería de ser la conducta de abordaje ante un caso de sospecha de apendicitis aguda.

Pienso realmente que el disponer de nuevas modalidades en las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de la apendicitis aguda desde ese punto de vista no resolverá el problema de modo integral, pero si contamos que esta línea de investigación es de importancia dentro del contexto interdisciplinario de su tratamiento.

HIPOTESIS

Que los resultados de la apendicetomía por método laparoscópico son equiparables o mejores que los obtenidos con el abordaje tradicional de Mc Burney (Técnica abierta) y por lo tanto debe ser el tratamiento de elección ante un caso de sospecha de apendicitis aguda, siempre y cuando se cuente con cirujanos laparoscópicos entrenados.

METAS

Evaluar las ventajas o desventajas entre la Apendicectomía por método laparoscópico y la apendicectomía con técnica tradicional (abierta).

Comparar la Técnica laparoscópica contra la técnica abierta en pacientes con diagnóstico de apendicitis aguda, para evaluar cual debe de ser el tratamiento de elección ante un caso de apendicitis aguda.

MATERIAL Y METODOS

Se realizo un estudio en encuesta descriptivo y retrospectivo de la siguiente manera:

1) Se estudiaron 586 pacientes de ambos sexos entre 8 y 86 años de edad de 9565 cirugías realizadas en quirófano interno del Hospital Español de México, con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda del 10. de Enero de 1994 al 30 de Junio de 1995.

2) Se realizó un estudio retrospectivo, no fueron randomizados ni aleatorios, ya que se seleccionaron con técnica abierta o por método laparoscopico dependiendo de la opción del cirujano.

3) Se compararon 89 pacientes a quienes se les realizó apendicectomía por método laparoscopico contra 497 pacientes a quienes se les realizó apendicectomía con técnica abierta (tradicional). Todo esta información fue obtenida de los archivos clínicos y del quirófano externo del Hospital.

4) Las variables que se compararon fueron:

- a) Diagnóstico pre y postoperatorio
- b) Tiempo quirúrgico,
- b) Días de estancia hospitalaria,
- c) Inicio de tolerancia de vía oral,
- d) Dosis de analgesicos,
- e) Complicaciones Transoperatorias y postoperatorias presentadas,
- f) Antibioticoterapia utilizada

El tiempo quirúrgico fue medido en minutos desde el inicio de la incisión en la técnica abierta o la instalación del neumoperitoneo en la técnica laparoscópica hasta el último punto de sutura en ambas técnicas. Los días de estancia hospitalaria fueron medidos desde su ingreso por urgencias o admisión hasta su egreso del Hospital. El inicio de tolerancia a la vía oral fue medido en horas, y en caso de no tolerar (vómito) se toma el nuevo intento.

Los analgésicos administrados fueron evaluados en cada vez que se aplicaran al paciente por dolor, así como la variedad de los mismos aplicados, incluyendo protocolos de analgesia, así como el número de ellos. Los antibióticos fueron estudiados en cuanto a dosis, tiempo, tipo y cobertura del mismo. Toda esta información fue obtenida mediante los respectivos expedientes clínicos del archivo del Hospital.

La apendicectomía tradicional se realizó con incisión de Mc Burney, Rocky-Davis, paramedia derecha infraumbilical, o línea media, con técnica de Pouche, Halsted y Ochsner, y en la laparoscópicas con neumoperitoneo con instalación de agua de Veres, con instalación de 3 ó 4 trocares dependiendo la opción del cirujano y la dificultad de la disección. Ya sea con técnica de Gotz usando endoloops o engrapadoras, así como la extracción de la pieza (apendice cecal) se utilizaban en ocasiones endo-bolsas.

Las complicaciones postoperatorias presentadas fueron desde laparoscópicas fallidas y convertidas en técnica abierta, o técnica de Mc burney ampliadas o convertidas en medias o paramedias derechas, así como las reintervenciones ya sea con el mismo procedimiento o modificadas, por abscesos residuales o diagnóstico erróneo.

A todos los pacientes se administro antibióticos, ya sea antes de ingresar a la sala de operaciones, o, en la inducción anestésica, consistiendo en Cefalosporinas de segunda y tercera generación, quinolonas, betaláctamicos, metronidazol y aminoglucósidos.

5) En base a los resultados obtenidos se comentaran las ventajas y desventajas de cada procedimiento.

6) Se muestra el formato al final (Anexo) de la encuesta mediante archivo de los pacientes estudiados en esta serie.

RESULTADOS:

Se realizaron 9564 Cirugías, de éstas 586 pacientes fueron estudiados, a 89 de ellos se les realizo apendicectomía por método laparoscopico y a 497 apendicectomía con abordaje tradicional (abierto). Fueron eliminados del estudio 14 pacientes por no contar con exámenes paraclínicos y no especificaban el tratamiento quirurgico y no tenían resultados de comprobación histopatologica. A todos los pacientes sometidos a cirugía laparoscopica se les pudo realizar la apendicectomía, Fue necesario convertir en técnica abierta en dos pacientes por presentar absceso residual, otros dos pacientes fueron reintervenidos con técnica laparoscopica por absceso residuales.

Del grupo de Cirugía por método laparoscopico fueron 53 hombres y 36 mujeres con edades entre 08 a 86 años (promedio 39.4 años) y del grupo de cirugía abierta 298 hombres y 199 mujeres con edades de 08 a 83 años (promedio 38 años). tabla 1 y tabla 1.1

A todas las piezas se les realizo estudio histopatológico: de los 89 pacientes evaluados en el grupo de cirugía laparoscopica reporto: 6 (6.6 %) apéndice sana, 45 (50.5 %) con apendicitis aguda, 23 (25.8 %) con apendicitis aguda supurada, 11 (12.3 %) con apendicitis supurada y gangrenada, y 4 (4.5 %) con apendicitis perforada.

Del grupo de cirugía abierta (497 pacientes) reporto: 36 (7.24 %) apéndice sana, 239 (48.0 %) apendicitis aguda, 155 (31.18 %) con apendicitis supurada, 46 (9.25 %) con apendicitis supurada y gangrenada y 21 (4.22 %) con apendicitis perforada. Tabla 2 y tabla 2.1

De los pacientes en quien se removió la apéndice sana (apendicectomía incidental) el diagnóstico definitivo fue: Del grupo de cirugía laparoscopica 4 (4.4 %) quistes de ovarios, 1 piocolecisto, 1 adenitis mesenterica. Del grupo de cirugía abierta: 23 (4.62 %) eran quistes de ovario rotos, 8 trastornos funcionales del colon, 2 hernias internas, 2 litiasis ureteral derechas, y 1 carcinoide. Tabla 3 y tabla 3.1.

Del grupo de cirugía laparoscopica el tiempo quirúrgico fue entre 25 minutos y 180 minutos (promedio 50 minutos). Del grupo de cirugía abierta el tiempo quirúrgico fue entre 18 minutos y 205 minutos (promedio 55 minutos). Tabla 4.

El tiempo de ingesta de alimentos vario entre 05 y 36 horas (promedio de 10 horas) en el grupo de cirugía laparoscopica, y en el grupo de cirugía abierta fue entre 18 y 120 horas (promedio 36 horas). Tabla 5

En el grupo de cirugía laparoscopica 4 pacientes tubieron SNG por un periodo de 8 a 24 hrs (promedio 14 horas). Dos pacientes tubieron fiebre postoperatoria. 8 pacientes tenían antecedentes de cirugía abdominal previa. 69 pacientes tenían leucocitos entre 10 y 15 mil, 7 tenían leucocitos entre 15 y 20 mil, 4 pacientes tenían Infección de vías urinarias por E.G.O. Tabla 6 y 6.1

En el grupo de cirugía abierta 71 pacientes tuvieron Sonda Nasogástrica en un periodo de 24 a 96 horas (promedio 48 horas). 35 pacientes tuvieron fiebre postoperatoria. 59 pacientes tenían antecedentes de cirugías previas. 356 pacientes tenían leucocitos entre 10 y 15 mil, 34 tenían leucocitos entre 15 y 20 mil, y 3 tenían entre 20 a 25 mil leucocitos. 17 pacientes tenían infección de vías urinarias por E.G.O. Tabla 6 y 6.1

La administración de analgésicos tanto en el grupo de cirugía abierta como laparoscópica fue el mismo, solamente pero no significativamente se aplicaban dos analgésicos en pacientes con cirugía abierta.

El tiempo de estancia hospitalaria en el grupo de cirugía por método laparoscópico fue entre 2 y 5 días con tiempo promedio de 2.5 días, para el grupo de cirugía abierta fue entre 3 y 6 días con un tiempo promedio de 4 días de estancia hospitalaria.

En cuanto a complicaciones o incidentes en cirugía laparoscópica no existieron.

En el grupo de cirugía abierta 68 (13.6%) pacientes presentaron infección de la herida quirúrgica, los cuales se manejaron con herida abierta y curación diaria hasta la granulación. Se presentaron dos defunciones por sepsis abdominal.

DISCUSION

La apendicectomía laparoscópica se realiza en la actualidad rutinariamente en algunos Hospitales de Irlanda y otras partes del mundo con la técnica de Semm modificada usando dos, tres o cuatro trocares, dependiendo si se cuenta con laparoscopia, con canal de trabajo y la gravedad y evolución de la apendicitis que permiten una disección fácil o muy difícil. (4)

Estas modernas técnicas laparoscópicas presentan en la actualidad una alternativa al procedimiento clásico de la apendicectomía descrita por Mc Burney. Desde 1989 Gotz F. reporta su experiencia inicial con 277 casos de apendicectomía laparoscópica realizados a partir de 1987. (14) y ampliada por el mismo en 1990 a 338 operaciones en 450 pacientes (15). Al año siguiente 1991 otros múltiples autores reportan sus experiencias iniciales en apendicectomía por método laparoscópico (16, 17, 18), inclusive se reporta el procedimiento por embarazadas por Schreiber (19). Y en 465 casos de niños por Valla J.S. (20) Daniell J.F. en 1991 y Klaiber en 1994 reportan su experiencia en apendicectomía laparoscópica realizada con Endoengrapadora MULTI-FIRE ENDO GIA 30 reduciendo el tiempo quirúrgico a un promedio de 5 a 30 minutos en el estudio de Daniell y de 35 a 95 minutos en el de Klaiber, reportan además que es una técnica fácil y segura, pero que su costo es mayor y más aún cuando se usan 2 engrapadoras una para el meso y otra para el apéndice cecal. (9, 21) En 1993 Pier A. reporta una serie de 915 casos de apendicectomía laparoscópica realizados en una institución en la República Federal Alemana encontrando que la técnica quirúrgica laparoscópica disminuye el trauma quirúrgico, las heridas

quirúrgicas son más estéticas, existe una mejor exposición quirúrgica y menos complicaciones intestinales postoperatorias (11). Nowzaradan también en 1993 reporta con la técnica laparoscópica una excelente exposición, que en ausencia de patología apendicular se puede revisar mejor la cavidad abdominal, menor dolor postoperatorio, menos días de estancia hospitalaria, mejores resultados cosméticos, menores complicaciones postoperatorias y más rápida reintegración a las actividades cotidianas, por lo que concluye que la apendicectomía por método laparoscópico es el tratamiento de elección para apendicitis aguda (3). Otros autores en su trabajo concluyen solamente que la apendicectomía por método laparoscópico es un alternativa a la técnica abierta (13). Se han reportado también los beneficios de la cirugía laparoscópica en mujeres con síndrome doloroso de fosa iliaca derecha que no tienen un diagnóstico preciso de apendicitis ya que permite hacer un diagnóstico diferencial seguro (26).

Todas las bondades reportadas con la técnica laparoscópica han sido evaluadas en estudios comparativos prospectivos y aleatorios entre apendicectomía por método laparoscópico y técnica abierta. Algunos de estos estudios concluyen que la apendicectomía por método laparoscópico debería de ser el tratamiento de elección en apendicitis aguda (22, 23, 25). Otros menos entusiastas solo reportan que la técnica laparoscópica es una alternativa a la técnica abierta (27, 28). Existe un estudio que demuestra que la curva de aprendizaje de los cirujanos que inician con la realización de apendicectomía por método laparoscópico no cambia los resultados clínicos (24) Empero todos estos estudios se han realizado en el extranjero. En nuestro país no hay estudios comparativos para evaluar las técnicas abierta y laparoscópica de apendicectomía.

En este estudio se mostró que la estancia hospitalaria y en parte la necesidad de analgésicos es menor en apendicectomía por método laparoscópico que con cirugía abierta, así como el inicio de vía oral fue más rápido en apendicectomía laparoscópica que con el grupo de cirugía abierta.

La menor necesidad de analgésicos en cirugía por método laparoscópico se puede explicar por menor trauma quirúrgico en la pared abdominal ya que las incisiones de introducción de los trocáres están separadas en el abdomen y además si sumáramos su longitud esta es menor que las incisiones en cirugía abierta en algunos casos. Y en la literatura universal es prácticamente unánime el resultado en cuanto en la necesidad de analgésicos, que es menor en cirugía laparoscópica que en abierta. (3,12,25,28). Esta misma razón es válida para explicar porque el paciente sometido a apendicectomía laparoscópica se moviliza, recupera y tolera la vía oral más rápido, factores que permiten egresar del hospital pronto, si además agregamos que existe poca manipulación del intestino durante el procedimiento laparoscópico.

El tiempo quirúrgico fue menor en promedio en la cirugía laparoscópica que con la abierta. Cabe hacer mención que las cirugías laparoscópicas fueron realizadas por diferente grupos de cirujanos con experiencia previa en cirugía laparoscópica de vías biliares, funduplicaturas o plastia inguinales, pero con alguna experiencia en apendicectomías por este método, observándose mejor tiempo quirúrgico en algunos grupos de hasta 25 minutos. Aunque la literatura está reportado que la curva de aprendizaje en un cirujano con experiencia

previa en cirugía abierta de apéndice cecal no se ve afectado al iniciar la cirugía laparoscópica (24).

Otra buena razón para explicar el menor tiempo quirúrgico en la cirugía laparoscópica de nuestro estudio es que se usaron endoengrapadoras en muy pocos casos y la disección y liberación del mesoapéndice se realiza con disector y seccionando entre grapas con tijeras, algunos con el uso de cauterio bipolar, pero la mayoría fueron realizados con la técnica de Semm modificada por Gotz usando endoloops o utilizando grapas solas.

En el estudio se demuestra de manera importante un porcentaje ausente de infecciones en la herida en cirugía por método laparoscópico que las identificadas en cirugía abierta, de acuerdo con lo reportado con la literatura (12,13,23,25,27 y 28). Esto puede explicarse al igual por una menor contaminación de las incisiones de la pared abdominal, ya que en cirugía laparoscópica el apéndice cecal inflamado, infectado, gangrenado o perforado se extrae por una de las incisiones de los trocires, dentro de una bolsa de látex (Endobag, Guantes o condón estériles) y esta dentro de la camisa del trocar. En caso de presentarse infección en herida sería mucho menor por el tamaño aproximado de 1.2 cm., que la infección presentada en cirugía abierta que va de 5 a 10 cm manifestandose dolor y cicatrización cosmética aumentadas.

Existen otras ventajas en favor de la apendicectomía por método laparoscópico encontradas como fueron la mayor incidencia de colocación de sonda nasogastrica y duración de la misma en pacientes con cirugía abierta que con la laparoscópica, tal vez como consecuencia al menor ileo producido por abordaje laparoscópico. Además

si agregamos la capacidad de presión de irrigación de soluciones es mayor en cirugía laparoscópica que en la abierta quedando teóricamente más limpia, considerando probablemente pacientes en peores condiciones o en fases más avanzadas de inflamación apendicular y/o complicadas.

Se encontraron otras ventajas que no fueron reportadas a favor de la cirugía por método laparoscópico pero que no fueron objeto de nuestro estudio como son: Incisiones más estéticas, más rápido regreso a las actividades cotidianas y que en ausencia de patología apendicular este método permite diagnosticar y dar tratamiento definitivo (dependiendo de la habilidad y experiencia del cirujano) de la mayoría de las condiciones quirúrgicas encontradas, evitándose cirugías innecesarias, tiempo de espera prequirúrgica o exámenes complementarios en pacientes femeninas con síndrome doloroso de fosa iliaca derecha.

En pacientes con abdomen agudo por apendicitis complicada cuando se logra la apendicectomía laparoscópica las incisiones son más pequeñas y el riesgo de infección es menor que con una laparotomía. (12, 13, 26).

RESUMEN

Se evalúan resultados y complicaciones en 586 pacientes de ambos sexos, entre 08 y 86 años de edad, que ingresaron a quirófano, en un periodo de 18 meses (1 de Enero de 1994 al 30 de junio de 1995) con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda en 89 casos tratados con cirugía laparoscópica y 497 casos mediante técnica tradicional (abierta) realizadas la mayor parte en el Hospital Español (550) y en otras dos Instituciones, comparándose ambos grupos.

Método laparoscópico: 53 hombres y 46 mujeres; 83 apendicitis, quistes de Ovario(4), piocolecisto (1), adenitis mesentérica, tiempo operatorio promedio de 50 min., ingesta de alimentos 10 hrs, Estancia hospitalaria 2.5 días. Método abierto (Incisiones Mc Burney, media, paramedia derecha, Rocky-Davis): Hombres 298 y mujeres 199; 461 apendicitis; 23 quistes ováricos; 8 ileitis terminal; 2 hernias internas; 2 litiasis ureteral; carcinoide (1) Tiempo operatorio 55 min.; Ingesta de alimentos 36 hrs; Estancia hospitalaria 4 días.

Los resultados obtenidos sugieren que en la cirugía laparoscópica existe una adecuada exposición de la apéndice, además en ausencia de patología apendicular permite diagnosticar y dar tratamiento definitivo (dependiendo de la habilidad del cirujano) de la mayoría de las condiciones quirúrgicas encontradas.

La apendicectomía por laparoscopia da como resultado menor dolor postoperatorio, menor estancia hospitalaria, el regreso más rápido a la actividad normal, menor número de complicaciones y resultados estéticos superiores, en la mayoría de los casos encontrados. Por lo que el abordaje laparoscópico muestra una buena alternativa en el diagnóstico y tratamiento en pacientes con sospecha de apendicitis.

CONCLUSIONES

Aunque la apendicectomía por método laparoscópico en este estudio muestra ventajas y desventajas, pero las ventajas fueron mayores. Se concluye que si se cuenta con el material y equipo necesario para realizarla, y además de contar con cirujanos laparoscópicos entrenados:

LA APENDICECTOMIA POR METODO LAPAROSCOPICO PUEDE SER EL TRATAMIENTO DE ELECCION EN PACIENTES CON SOSPECHA DIAGNOSTICA DE APENDICITIS AGUDA.

Y las indicaciones más claras para realizarlo por esta técnica son:

a) Mujer en edad fértil con síndrome doloroso de fosa iliaca derecha.

b) Niños o ancianos para no retardar el diagnóstico.

c) Personas con enfermedades inmunosupresoras, o con tratamiento antibiótico, diabéticos, etc...

d) Cuadro de abdomen agudo.

e) Cirujano con experiencia laparoscópica.

ANEXO

Encuesta mediante archivo clínico de los pacientes con sospecha diagnóstica de apendicitis aguda.

Nombre: _____ Expediente _____
Socio: _____ Sexo: _____ Edad: _____ Edo Civil: _____
Nacionalidad: _____ Religión: _____
Diagnóstico Preoperatorio: _____
Diagnóstico Postoperatorio: _____
Cirugía programada: _____
Cirugía realizada: _____
Abordaje quirúrgico utilizado:
Abierta: Mc Burney _____ Rocky-Davis _____
Paramedia derecha: _____ Ochsner: _____
Modificada o ampliada: _____
Reintervenciones: _____ Número: _____
Motivo: _____
Laparoscópica: _____
Laparoscópica fallida: _____
Reintervenciones: _____ método: _____ Número: _____
Motivo: _____
Duración del acto quirúrgico: _____
Tipo de apendicitis: _____

Antibióticos trasoperatorios: _____
Manejo antibiótico postoperatorio: Nombre: _____
Dosis: _____ Días: _____
Analgésicos: _____ Nombre: _____
Dosis: _____ tiempo: _____
Complicaciones:
Transoperatorias: _____
Postoperatorias: _____

Inicio de vía oral:
Horas: _____ Días: _____

Nauseas: _____ Vómitos: _____ Número: _____

Laboratorio a su ingreso:

Hb: _____ Hto: _____ Leucocitos: _____ Segmentados: _____

Banda: _____ E.G.O. normal: _____ Patológico: _____

Ultrasonido pélvico: _____

Colon por enema a baja presión: _____

Tiempo desde su ingreso a tratamiento quirúrgico: _____

Tiempo de estancia hospitalaria: _____

Motivo: _____

Tiempo de estancia hospitalaria postquirúrgica: _____

Motivo: _____

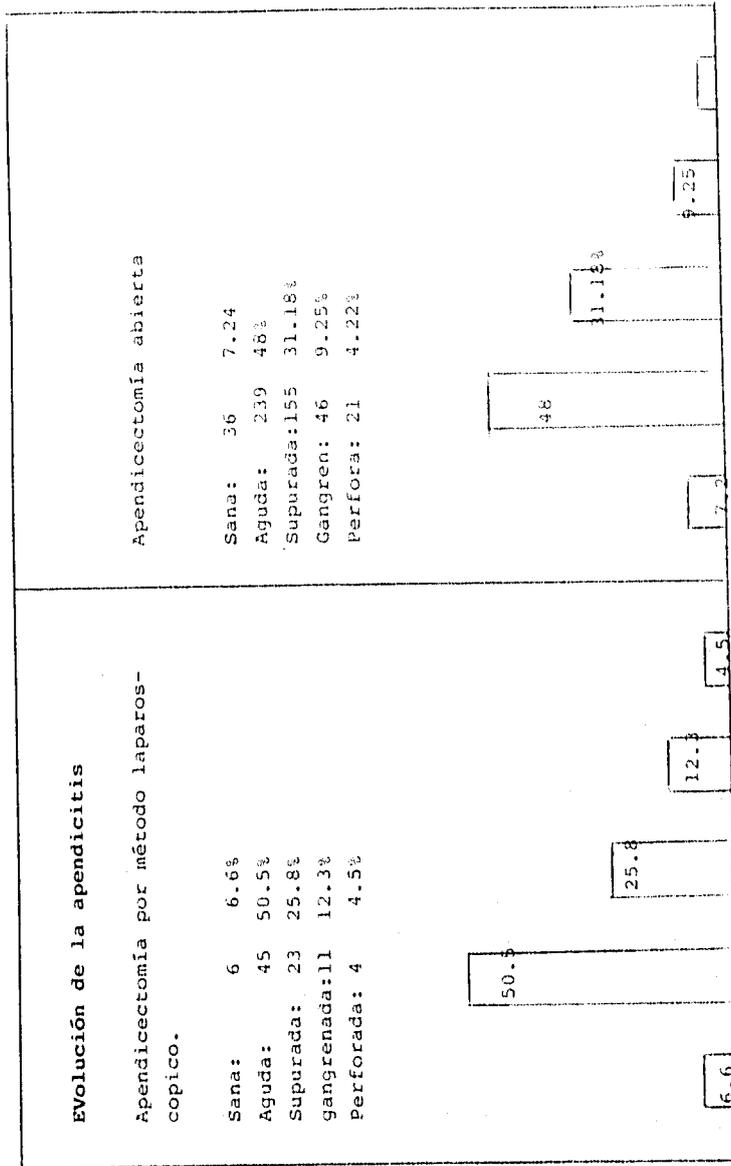
Enfermedades Asociadas: _____

Observaciones: _____

Apendicectomía por método laparoscópico.	Apendicectomía abierta
<p>Hombres: 53 (56%)</p> <p>Mujeres: 36 (44%)</p> <p>89 100 %</p>	<p>Hombres: 498 (60%)</p> <p>Mujeres: 199 (40%)</p>

(22)

Tabla 1 y 1.1



(23)

Tabla 2 y 2.1.

APENDICETOMIA LAPAROSCOPICA:

(Apendicectomia incidental)

QUISTES DE OVARIO	4	4.9%
PICOLECISTO	1	1.1%
ADENITIS MESENTERICA	1	1.1%

APENDICECTOMIA ABIERTA:

QUISTES DE OVARIO	23	4.62%
TRASTORNOS FUNCIONALES DEL COLON	8	1.9%
HERNIAS INTERNAS	2	0.24%
LITIASIS URETERAL DERECHA	2	0.24%
CARCINOIDE	1	0.12%

Tabla 3 y 3.1

CIRUGIA LAPAROSCOPICA:

TIEMPO QUIRURGICO: 25 a 180 minutos

Promedio: 50 MinutosB

CIRUGIA ABIERTA (tradicional):

TIEMPO QUIRURGICO: 18 a 205 minutos

Promedio: 55 minutos

Tabla 4 y 4.1

FALTA PAGINA

No.

26927

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Blair N P, Bugis S, Turner L y MacLeod M. review of the pathologic diagnoses of 2,216 appendectomy specimens. Am J surg 1993; 165: 618 a 620.
- 2.- Schwartz S.I. Yy Ellis H. Maingot OPERACIONES ABDOMINALES; Cap.48 Buenos Aires: Panamericana. 1986; 1224 - 1254.
- 3.- Nowzaradan Y, Barnes JP, Westmoreland Y Hojabri M. Laparoscopic appendectomy: Treatment of choice for suspected Appendicitis. Surg Laparosc Endosc. 1993; 411 - 416.
- 4.- Nowzaradan Y, Barnes JP Current techniques in laparoscopic appendectomy. Surg Laparosc Endosc. 1993; 3: 470 - 476.
- 5.- Semm K. Endoscopic Appendectomy. Endoscopy 1983; 15: 59 - 64.
- 6.- Fleming J.S. laparoscopically appendectomy. Austral N Z Obstet Gynaecol. 1985; 25: 238 - 240.
- 7.- Wilson T. Laparoscopically assisted appendectomies. Med J Austral. 1986; 145 - 151.
- 8.- Shereiber JH. Early experience with laparoscopic appendectomy in women. Surg Endosc 1990; 1: 211 - 216.
- 9.- Klaiber C, Wagner M y Metsger A. various stapling techniques in laparoscopic appendectomy: 40 consecutive cases. Surg Laparosc Endosc 1994; 4: 205 - 209.

DATA TESIS Y/O DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

- 10.- Gotz F, Pier A y Bacher C. Modified laparoscopic appendectomy in surgery: a report on 338 operations. *surg Endosc* 1990; 4: 6 - 9.
- 11.- Pier a, Gotz F, Bacher Ch e Ibaldo R. Laparoscopic appendectomy, *World J Surg* 1993; 17: 29 - 33.
- 12.- Attwood S, et al. A prospective randomized trial of laparoscopic versus open appendectomy *Surgery* 1992; 3: 497 - 501.
- 13.- Mc-anena O Connell P, et al. Laparoscopic versus open appendectomy: a prospective evaluation. *Br J Surg* 1992; 79: 818 - 820.
- 14.- Gotz F, Pier A y Bacher C. Laparoscopic appendectomy alternative therapy in all stages of appendicitis?. *Langenbecks arch chir* 1989: 1351 a 1353.
- 15.- Gotz F, Pier A y Bacher C. Modified Laparoscopic appendectomy in surgery. A report on 388 operations *Surg Endosc.* 1990; 4: 6 - 9.
- 16.- Hill A, Attwood S E y Stephens RB laparoscopic appendectomy is feasible an safe in acute appendicitis *Ir J Med Sci* 1991; 160: 268 a 270
- 17.- Nowzaradan Y, Westmoreland J, Y Mc Carver CT Laparoscopic appendectomy for acute appendicitis: indicatios and current use *J laparoendosc Surg* 1991; 1: 247 - 257.
- 18.- Cristalli B, Cayol a Iazard V y Levardon M. intraperitoneal appendectomy by celioscopy. Preliminary results of a new technique. *J chir Paris* 1991; 128: 302 - 305.
- 19.- Schereiber J H. Laparoscopic appendectomy in pregnancy.

Surg Endosc 1990; 4: 100 - 102.

20.- Vaila J S, Limonne B y Montupet P. appendectomy with intraoperative celioscopy in children. 465 cases. J Chir Paris 1991; 128: 306 - 312.

21.- Daniell JF, Gurley L D, et al. The use of the automatic stapling device for laparoscopic appendectomy. Obstet Gynecol 1991; 78:712 a 723.

22.- Kollias J, Harries RH, et al ., Laparoscopic versus open appendicectomy for suspected appendicitis: a prospective study. Aust NZ J Surg 1994; 64: 830 - 835.

23.- Reiertsen O, Trondsen, et al ., Prospective nonrandomized study of conventional versus laparoscopic appendectomy. World J Surg 1994; 18: 411 - 416.

24.- Meinke A K y Kossuth T. What is the learning curve for laparoscopic appendectomy. Surg endosc 1994; 8 : 371 - 376.

25.- Buckley RC, Hall TJ, Muakkassa FF y Anglin B. laparoscopic appendectomy: is it worth it? Am Surg 1994; 60: 30 - 34.

26.- Jadallah F A, Abdul-Ghani AA and Tiblin S. Diagnostic laparoscopic reduces unnecessary appendectomy in fertile women. Eur J Surg 1994; 160: 41 - 45.

27.- Kum C K, Ngoi SS, et al, Randomized controlled trial comparing laparoscopic and open appendectomy. Br J Surg 1993; 80: 1599 - 1600.

28.- Vallina VL, Velasco JM y Mc Culloch Cs. Laparoscopic versus conventional appendectomy. Ann Surg 1993; 218: 685 - 692.