

11209



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

HOSPITAL GENERAL DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO

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

175

CORRELACION ENTRE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA
APENDICITIS AGUDA, POSICION ANATOMICA Y EL GRADO DE AVANCE
EN LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD.

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALIDAD EN:

CIRUGIA GENERAL.

PRESENTA:

DR. MARIANO OSCOY AMBRIZ



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1999



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).

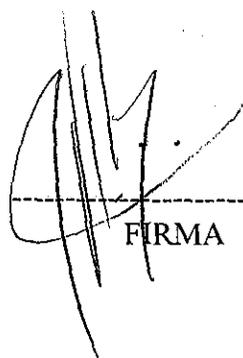
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición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

COORDINADOR DEL SERVICIO DE CIRUGIA :
DR. ZACARIAS VELAZQUEZ GUERRA



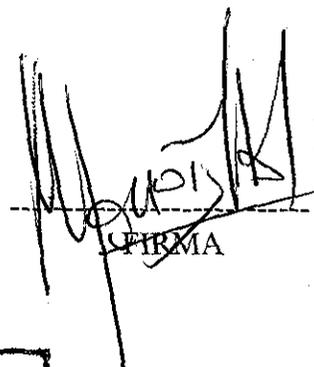
FIRMA

JEFE DEL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL:
DR. JORGE DEL VILLAR BARRON



FIRMA

PROFESOR TITULAR Y ASESOR DE TESIS :
DR. GUSTAVO ALFONSO III HUITRON AGUILAR



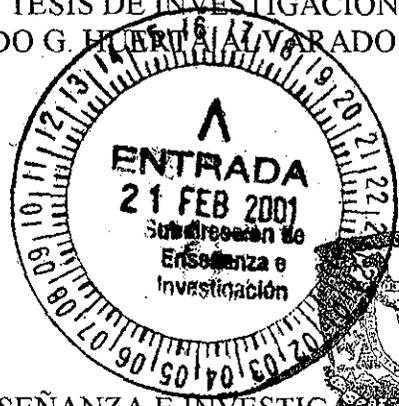
FIRMA

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ASESOR DE TESIS DE INVESTIGACION :
DR. SIGFRIDO G. HUERTAL ALVARADO



FIRMA



I. S. S. T. E.
SUB-DIRECCION MEDICA
HC GENERAL

29/1/99

Dr. José Fernández F.
SECRETARIO DE ENSEÑANZA

JEFE DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DR. JOSE LUIS FERNANDEZ

**DIVISION DE ESPECIALIZACION
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U. N. A. M.**



FIRMA

AGRADECIMIENTOS

A DIOS:

MI ETERNA FUENTE DE ENERGIA.

A MI ESPOSA:

POR SU AMOR Y COMPRESION.

A MIS HIJOS:

ANGEL Y PAOLA POR SER MI INSPIRACION CONSTANTE.

A MIS PADRES Y HERMANOS:

POR SU APOYO EN CADA MOMENTO DE MI VIDA.

AL DR. SIGFRIDO G. HUERTA ALVARADO:

POR SU ASESORIA EN LA ELABORACION DE ESTA TESIS.

AL DR. GUSTAVO A. HUITRON AGUILAR:

POR SU ASESORIA.

CORRELACION ENTRE LAS MANIFESTACIONES CLINICAS DE LA APENDICITIS AGUDA, POSICION ANATOMICA Y EL GRADO DE AVANCE EN LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD

DR. MARIANO OSCOY AMBRIZ. RESIDENTE DEL 4º AÑO DE CIRUGIA GENERAL H.G. DR. DARIO FERNANDEZ FIERRO. SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL

RESUMEN

La localización anatómica del apéndice cecal, influye en las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda. La identificación del cuadro clínico temprano, evita las complicaciones de la operación tardía. Una variante en la localización anatómica del apéndice cecal, dará manifestaciones clínicas diferentes.

Fueron estudiados 75 pacientes, en un periodo de 3 años, 42 hombres (56 %) y 33 mujeres (44 %) con un rango de edad (19-39 años).

Se analizaron las siguientes variables:

Nausea (leve, moderada o severa), vomito (leve, moderado o severo), localización del dolor inicial y final, disuria, anorexia, frecuencia cardiaca, temperatura, puntos de Mc Burney, y Lanz, punto de máximo dolor, biometria hemática, examen general de orina, rayos X, ultrasonograma, ingreso al quirófano (con o sin diagnóstico) y fase del apéndice cecal.

Las dos posiciones anatómicas más frecuentes del apéndice cecal fueron retrocecal y retroileal. El apéndice retrocecal fue más común en hombres y el retroileal en mujeres.

Clinicamente él

SUMMARY

The anatomical localization of the appendix cecal influences in the clinical manifestations of the sharp appendicitis. The identification of the clinical square early, avoided the complication of the late operation. A variant in the anatomical localization of the appendix cecal, will give different clinical manifestations.

Seventy-five patients were studied, in a period of 3 years 42 men (56%) and 33 women (44%) with an age range (19-39 years).

The following variables were analyzed: it nauseates (light, moderate or severe), vomit (light, moderate or severe), localization of the initial pain and final, disury, anorexy, heart frequency, temperature, point of Mc Burney and Lanz, point of maximum pain, hematic Biometry, general exam of urine, "x" rays, ultra sonogram, entrance to operating room (with or without diagnostic) and phase of the appendix cecal.

The two anatomical positions but you frequent of the appendix cecal they were: retrocecal and retroileal. The appendix retrocecal was but common in men and the retroileal in women. Clinically the

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

apéndice retrocecal se inicio con dolor en epigastrio y el retroileal en mesogastrio. El apéndice retrocecal se encontró comúnmente en fase III (abscedado), en cambio el retroileal fué más común en fase I (hiperemico y edematoso).

Con lo cual concluimos que efectivamente existen diferencias clínicas en la apendicitis aguda, dependiendo de su posición anatómica y el grado de avance de la enfermedad.

Palabras claves:

- Apendicitis aguda
- Retrocecal
- Retroileal

appendix retrocecal beginning with pain in epigastrium and the retroileal in mesogastrium. The appendix retrocecal was communly in phase III (absceded), on the other hand the retroileal was more common in phase I (hyperemic and edematous).

With that which we conclude that indeed clinical differences exist in the sharp appendicitis depending on their anatomical position and the degree advance of the illness.

Key words:

- Sharp appendicitis
- Retrocecal
- Retroileal

INTRODUCCION

La apendicitis aguda es la inflamación del apéndice vermiforme. El estado inflamatorio obedece en la mayoría de los casos a obstrucción de la luz apendicular por fecalitos, ganglios linfáticos, tumores o parásitos.

Se trata de una afección aguda que requiere tratamiento quirúrgico, ya que el apéndice inflamado se puede gangrenar y romper y esto causa peritonitis. Es un problema mas frecuente en los jóvenes, aún cuando puede observarse también en los extremos de la vida.

Su evolución clínica tiene características clínicas que permiten el diagnóstico con cierta facilidad, excepto cuando se trata de situaciones variadas de implantación (apéndice retrocecal) 1.

Cuando hay simultáneamente embarazo y apendicitis también se dificulta el diagnóstico. La evolución se puede complicar con gangrena, perforación, absceso y peritonitis.

Se han reportado casos de apendicitis retrocecal familiar 2.

Las manifestaciones clínicas son: dolor abdominal constante, localizado primero en el epigastrio o alrededor del ombligo y después de unas horas se localiza en la fosa iliaca derecha y deja de doler el epigastrio. El dolor suele ser de tipo terebrante o

pungitivo, limita la movilidad, calma con la posición en gatillo y cede, aunque no desaparece, con analgésicos administrados por vía parenteral, pero no cede con antiespasmódicos, por lo cual estos pueden usarse como prueba terapéutica antes de aplicar analgésicos. Junto con el dolor hay anorexia, a veces náusea, también estreñimiento y escasa expulsión de gases por recto.

Se presenta también fiebre o febrícula y a veces calosfríos.

En la exploración física se haya taquicardia, en abdomen hay dolor a la palpación profunda de la fosa iliaca derecha (punto de Mc Burney) con hiperestesia e hiperbaralgesia en esta región, además del signo de la descompresión brusca (signo del rebote).

El paciente no puede levantar la extremidad inferior derecha en extensión total por que el proceso inflamatorio irrita al músculo psoas.

Las variaciones en la situación anatómica del apéndice explican muchas de las variedades del sitio principal de la fase somática del dolor. Por ejemplo, un apéndice largo con la punta inflamada en el cuadrante inferior izquierdo

causa dolor en esa área, el retrocecal puede producirlo principalmente en el flanco o a la espalda, en el pélvico por lo general es suprapubico y un apéndice retroileal puede ocasionar dolor testicular. La recolección de datos clínicos es lo que orientara hacia el diagnóstico 3.

El diagnóstico se fundamenta en las manifestaciones de dolor localizado al principio en epigastrio, que luego pasa a la fosa iliaca derecha donde habrá signo de rebote como el más notable signo local de irritación peritoneal y en los datos de La biometría hemática, con leucocitosis y neutrofilia. El cuadro empeora en horas, el dolor no cede y el paciente queda inmóvil para evitar el dolor, en la radiografía simple del abdomen es posible observar en pocos casos unas pequeñas masas o fecalitos y a veces un áscari, con frecuencia existe borraramiento del psoas 4.5.

En ocasiones el diagnóstico se dificulta llegando a presentarse la apendicitis retrocecal como aire libre en el espacio subhepático 6.

El tratamiento debe ser necesariamente quirúrgico y oportuno para evitar complicaciones o empeoramiento del estado en general. Los analgésicos están

indicados para aliviar el dolor, pero solo después de haber establecido el diagnóstico. Se suprime la vía oral y no se deben emplear procedimientos como enema evacuante, ya que este puede perforar el intestino.

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

El identificar tempranamente el cuadro de apendicitis aguda, de manifestación atípica, podrá evitar las complicaciones inherentes al diagnóstico tardío.

La localización anatómica del apéndice cecal influye en las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda. La identificación del cuadro clínico temprano, evitara las complicaciones de la operación tardía. Una variante en la localización anatómica del apéndice cecal dará manifestaciones clínicas diferentes. El objetivo es demostrar que existen signos y síntomas clínicos que permiten ser correlacionados con la localización anatómica del apéndice cecal inflamado en un cuadro de apendicitis aguda.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 75 casos retrospectivos de pacientes que fueron tratados quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda en un periodo comprendido de abril de 1997 a julio de 1999, los cuales fueron estudiados sin otro cuadro diferente y que no presentaran otra patología demostrable.

Fueron excluidos pacientes con cuadros de enfermedad ácido-peptica, colecistitis crónica litiasica, litiasis renoureteral, infección de vías urinarias, adenitis mesentérica y cualquier otra patología que modificara las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda pura así como pacientes que en el postoperatorio presentaban una complicación por alguna enfermedad previa no determinada.

De los 75 pacientes, 42 fueron hombres y 33 mujeres con rangos de edad de 19 a 39 años. Se analizaron las siguientes variables: síntoma predominante (nausea, vomito, temperatura, dolor inicial y final, disuria y anorexia).

Síntoma inicial (nausea, vomito, temperatura, dolor inicial y final, disuria y anorexia).

Exploración física (frecuencia cardiaca, temperatura, punto de Mc Burney y Lanz, así como punto de máximo dolor).

Exámenes de laboratorio (biometría hemática con diferencial, examen general de orina), radiología, ultrasonograma, ingreso a quirófano, posición del apéndice cecal, fase de la apendicitis y anatomía patológica.

La nausea fue considerada como leve si se presentaba en una ocasión, moderada en dos ocasiones y severa en tres o más ocasiones.

El vomito se considero como leve si se presentaba en una ocasión, moderado en dos ocasiones y severo en tres o más ocasiones. La biometría hemática con diferencial se considero con intervalos de 5000 a 10000 leucocitos o mayor de 10000 leucocitos además si presentaba o no bandemia (tres o más bandas).

El examen general de orina se considero positivo si presentaba bacterias +++ o más así como leucocitos incontables. El estudio de rayos x fue practicado de pie y acostado el paciente, siendo positivo cuando se encontró asa fija en fosa iliaca derecha, niveles líquidos en cuadrante inferior derecho así como borramiento del músculo psoas.

El ultrasonograma abdominal se considero positivo cuando existía liquido periapendicular y liquido libre en hueco pélvico derecho. También se considero si el paciente ingresaba a quirófano con diagnóstico de apendicitis aguda o sin el mismo, las posiciones anatómicas del apéndice cecal fueron clasificadas como

indicados para aliviar el dolor, pero solo después de haber establecido el diagnóstico. Se suprime la vía oral y no se deben emplear procedimientos como enema evacuante, ya que este puede perforar el intestino.

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

El identificar tempranamente el cuadro de apendicitis aguda, de manifestación atípica, podrá evitar las complicaciones inherentes al diagnóstico tardío.

La localización anatómica del apéndice cecal influye en las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda. La identificación del cuadro clínico temprano, evitara las complicaciones de la operación tardía. Una variante en la localización anatómica del apéndice cecal dará manifestaciones clínicas diferentes. El objetivo es demostrar que existen signos y síntomas clínicos que permiten ser correlacionados con la localización anatómica del apéndice cecal inflamado en un cuadro de apendicitis aguda.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 75 casos retrospectivos de pacientes que fueron tratados quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda en un periodo comprendido de abril de 1997 a julio de 1999, los cuales fueron estudiados sin otro cuadro diferente y que no presentaran otra patología demostrable.

Fueron excluidos pacientes con cuadros de enfermedad ácido-peptica, colecistitis crónica litiasica, litiasis renoureteral, infección de vías urinarias, adenitis mesentérica y cualquier otra patología que modificara las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda pura así como pacientes que en el postoperatorio presentaban una complicación por alguna enfermedad previa no determinada.

De los 75 pacientes, 42 fueron hombres y 33 mujeres con rangos de edad de 19 a 39 años. Se analizaron las siguientes variables: síntoma predominante (nausea, vomito, temperatura, dolor inicial y final, disuria y anorexia).

Síntoma inicial (nausea, vomito, temperatura, dolor inicial y final, disuria y anorexia).

Exploración física (frecuencia cardiaca, temperatura, punto de Mc Burney y Lanz, así como punto de máximo dolor).

Exámenes de laboratorio (biometría hemática con diferencial, examen general de orina), radiología, ultrasonograma, ingreso a quirófano, posición del apéndice cecal, fase de la apendicitis y anatomía patológica.

La nausea fue considerada como leve si se presentaba en una ocasión, moderada en dos ocasiones y severa en tres o más ocasiones.

El vomito se considero como leve si se presentaba en una ocasión, moderado en dos ocasiones y severo en tres o más ocasiones. La biometría hemática con diferencial se considero con intervalos de 5000 a 10000 leucocitos o mayor de 10000 leucocitos además si presentaba o no bandemia (tres o más bandas).

El examen general de orina se considero positivo si presentaba bacterias +++ o más así como leucocitos incontables. El estudio de rayos x fue practicado de pie y acostado el paciente, siendo positivo cuando se encontró asa fija en fosa iliaca derecha, niveles líquidos en cuadrante inferior derecho así como borramiento del músculo psoas.

El ultrasonograma abdominal se considero positivo cuando existía liquido periapendicular y liquido libre en hueco pélvico derecho. También se considero si el paciente ingresaba a quirófano con diagnóstico de apendicitis aguda o sin el mismo, las posiciones anatómicas del apéndice cecal fueron clasificadas como

indicados para aliviar el dolor, pero solo después de haber establecido el diagnóstico. Se suprime la vía oral y no se deben emplear procedimientos como enema evacuante, ya que este puede perforar el intestino.

JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

El identificar tempranamente el cuadro de apendicitis aguda, de manifestación atípica, podrá evitar las complicaciones inherentes al diagnóstico tardío.

La localización anatómica del apéndice cecal influye en las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda. La identificación del cuadro clínico temprano, evitara las complicaciones de la operación tardía. Una variante en la localización anatómica del apéndice cecal dará manifestaciones clínicas diferentes. El objetivo es demostrar que existen signos y síntomas clínicos que permiten ser correlacionados con la localización anatómica del apéndice cecal inflamado en un cuadro de apendicitis aguda.

MATERIAL Y METODOS

Se analizaron 75 casos retrospectivos de pacientes que fueron tratados quirúrgicamente con diagnóstico de apendicitis aguda en un periodo comprendido de abril de 1997 a julio de 1999, los cuales fueron estudiados sin otro cuadro diferente y que no presentaran otra patología demostrable.

Fueron excluidos pacientes con cuadros de enfermedad ácido-peptica, colecistitis crónica litiasica, litiasis renoureteral, infección de vías urinarias, adenitis mesentérica y cualquier otra patología que modificara las manifestaciones clínicas de la apendicitis aguda pura así como pacientes que en el postoperatorio presentaban una complicación por alguna enfermedad previa no determinada.

De los 75 pacientes, 42 fueron hombres y 33 mujeres con rangos de edad de 19 a 39 años. Se analizaron las siguientes variables: síntoma predominante (nausea, vomito, temperatura, dolor inicial y final, disuria y anorexia).

Síntoma inicial (nausea, vomito, temperatura, dolor inicial y final, disuria y anorexia).

Exploración física (frecuencia cardiaca, temperatura, punto de Mc Burney y Lanz, así como punto de máximo dolor).

Exámenes de laboratorio (biometria hemática con diferencial, examen general de orina), radiología, ultrasonograma, ingreso a quirófano, posición del apéndice cecal, fase de la apendicitis y anatomía patológica.

La nausea fue considerada como leve si se presentaba en una ocasión, moderada en dos ocasiones y severa en tres o más ocasiones.

El vomito se considero como leve si se presentaba en una ocasión, moderado en dos ocasiones y severo en tres o más ocasiones. La biometria hemática con diferencial se considero con intervalos de 5000 a 10000 leucocitos o mayor de 10000 leucocitos además si presentaba o no bandemia (tres o más bandas).

El examen general de orina se considero positivo si presentaba bacterias +++ o más así como leucocitos incontables. El estudio de rayos x fue practicado de pie y acostado el paciente, siendo positivo cuando se encontró asa fija en fosa iliaca derecha, niveles líquidos en cuadrante inferior derecho así como borramiento del músculo psoas.

El ultrasonograma abdominal se considero positivo cuando existía liquido periapendicular y liquido libre en hueco pélvico derecho. También se considero si el paciente ingresaba a quirófano con diagnóstico de apendicitis aguda o sin el mismo, las posiciones anatómicas del apéndice cecal fueron clasificadas como

retrocecal, retroileal, pélvica y promontorica. Las fases de la apendicitis aguda se clasificaron de la siguiente manera: I (edema y eritema), II (natas fibrinopurulentas), III (abscedada), IV (perforada).

RESULTADOS

De los 75 pacientes, 42 fueron hombres (56%) y 33 fueron mujeres (44%), fueron agrupados con rangos de edad obteniéndose las siguientes frecuencias: 15-19 años, 6 casos (8%); 20-24 años, 16 casos (21.3%); 25-29 años, 24 casos (32%); 30-34 años, 18 casos (24%); 35-39 años, 11 casos (14.7%).

En cuanto al síntoma predominante tenemos: la náusea leve se presentó en 40 casos (53.3%), moderada en 29 casos (38.7%) y severa en 6 casos (8%). El vómito leve se presentó en 43 casos (57.3%), moderado en 26 casos (34.7%) y severo en 6 casos (8%), la temperatura entre 37-38 grados centígrados, se presentó en 48 casos (64%) y fue mayor de 38 grados en 27 casos (36%), el dolor inicial en epigastrio se presentó en 47 casos (62.7%) y en mesogastrio en 28 casos (37.3%). El dolor final se presentó en fosa ilíaca derecha en 65 casos (86.7%), en cuadrante inferior derecho en 9 casos (12%) y en hipogastrio en 1 caso (1.3%). La disuria se presentó en 25 casos (33.3%) y no se presentó en 50 casos (66.7%). La anorexia se presentó en 62 casos (82.7%) y no se presentó en 13 casos (17.3%). En cuanto a los síntomas iniciales, la náusea se presentó en 59 casos (78.7%), no se presentó en 16 casos (21.3%).

El vómito se presentó en 44 casos (58.7%), no se presentó en 31 casos (41.3%). La temperatura fue de 37-38 grados en 52 casos (69.3%) y mayor de 38 grados en 23 casos (30.7%).

El dolor inicial fue en epigastrio en 48 casos (64%) y en mesogastrio en 27 casos (36%), el dolor final se presentó en fosa ilíaca derecha en 65 casos (86.7%), en cuadrante inferior derecho en 8 casos (10.7%) y en hipogastrio en 2 casos (2.7%). La disuria se presentó en 24 casos (32%) y no se presentó en 51 casos (68%). La anorexia se presentó en 60 casos (80%) y no se presentó en 15 casos (20%). La frecuencia cardíaca fue más frecuente en 98 x' en 11 casos (14.7%) seguida de 80 x' en 10 casos (13.3%). La temperatura fue de 37 a 38 grados en 73 casos (97.4%) y mayor de 38 en 2 casos (2.6%). El punto de Mc Burney fue positivo en 36 casos (48%). El punto de Lanz fue positivo en 26 casos (34.7%). El punto de máximo dolor fue: Mc Burney en 37 casos (49.3%), en cuadrante inferior derecho en 34 casos (45.3%), en fosa ilíaca derecha en 2 casos (2.7%) y en hipogastrio en 2 casos (2.7%). La biometría hemática con diferencial (bandemia) fue: 5000 a 10000 leucocitos, 50 casos (66.7%); mayor de 10000 leucocitos, 25 casos (33.3%). El examen general de orina fue positivo en 57 casos (76%). Los rayos x fueron positivos en 48 casos (64%). El ultrasonograma fue positivo en 38 casos (50.7%). El ingreso a quirófano fue con el diagnóstico clínico en 65 casos (86.7%) y sin diagnóstico clínico en 10 casos (13.3%). La posición del apéndice cecal fue retrocecal en 32 casos (42.7%), retroileal en 27 casos (36%), pélvico en 12 casos (16%) y promontorico en 4 casos (5.3%). Las fases del apéndice cecal fueron: I, 28 casos (37.3%); II, 25 casos (36.3%); III, 20 casos (26.7%) y IV, 2 casos (2.3%). El diagnóstico se confirmó anatomopatológicamente en 72 casos (96%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

retrocecal, retroileal, pélvica y promontorica. Las fases de la apendicitis aguda se clasificaron de la siguiente manera: I (edema y eritema), II (natas fibrinopurulentas), III (abscedada), IV (perforada).

RESULTADOS

De los 75 pacientes, 42 fueron hombres (56%) y 33 fueron mujeres (44%), fueron agrupados con rangos de edad obteniéndose las siguientes frecuencias: 15-19 años, 6 casos (8%); 20-24 años, 16 casos (21.3%); 25-29 años, 24 casos (32%); 30-34 años, 18 casos (24%); 35-39 años, 11 casos (14.7%).

En cuanto al síntoma predominante tenemos: la náusea leve se presentó en 40 casos (53.3%), moderada en 29 casos (38.7%) y severa en 6 casos (8%). El vómito leve se presentó en 43 casos (57.3%), moderado en 26 casos (34.7%) y severo en 6 casos (8%), la temperatura entre 37-38 grados centígrados, se presentó en 48 casos (64%) y fue mayor de 38 grados en 27 casos (36%), el dolor inicial en epigastrio se presentó en 47 casos (62.7%) y en mesogastrio en 28 casos (37.3%). El dolor final se presentó en fosa iliaca derecha en 65 casos (86.7%), en cuadrante inferior derecho en 9 casos (12%) y en hipogastrio en 1 caso (1.3%). La disuria se presentó en 25 casos (33.3%) y no se presentó en 50 casos (66.7%). La anorexia se presentó en 62 casos (82.7%) y no se presentó en 13 casos (17.3%). En cuanto a los síntomas iniciales, la náusea se presentó en 59 casos (78.7%), no se presentó en 16 casos (21.3%).

El vómito se presentó en 44 casos (58.7%), no se presentó en 31 casos (41.3%). La temperatura fue de 37-38 grados en 52 casos (69.3%) y mayor de 38 grados en 23 casos (30.7%).

El dolor inicial fue en epigastrio en 48 casos (64%) y en mesogastrio en 27 casos (36%), el dolor final se presentó en fosa iliaca derecha en 65 casos (86.7%), en cuadrante inferior derecho en 8 casos (10.7%) y en hipogastrio en 2 casos (2.7%). La disuria se presentó en 24 casos (32%) y no se presentó en 51 casos (68%). La anorexia se presentó en 60 casos (80%) y no se presentó en 15 casos (20%). La frecuencia cardiaca fue más frecuente en 98 x' en 11 casos (14.7%) seguida de 80 x' en 10 casos (13.3%). La temperatura fue de 37 a 38 grados en 73 casos (97.4%) y mayor de 38 en 2 casos (2.6%). El punto de Mc Burney fue positivo en 36 casos (48%). El punto de Lanz fue positivo en 26 casos (34.7%). El punto de máximo dolor fue: Mc Burney en 37 casos (49.3%), en cuadrante inferior derecho en 34 casos (45.3%), en fosa iliaca derecha en 2 casos (2.7%) y en hipogastrio en 2 casos (2.7%). La biometria hemática con diferencial (bandemia) fue: 5000 a 10000 leucocitos, 50 casos (66.7); mayor de 10000 leucocitos, 25 casos (33.3%). El examen general de orina fue positivo en 57 casos (76%). Los rayos x fueron positivos en 48 casos (64%). El ultrasonograma fue positivo en 38 casos (50.7%). El ingreso a quirófano fue con el diagnóstico clínico en 65 casos (86.7%) y sin diagnóstico clínico en 10 casos (13.3%). La posición del apéndice cecal fue retrocecal en 32 casos (42.7%), retroileal en 27 casos (36%), pélvico en 12 casos (16%) y promontorico en 4 casos (5.3%). Las fases del apéndice cecal fueron: I, 28 casos (37.3%); II, 25 casos (36.3%); III, 20 casos (26.7%) y IV, 2 casos (2.3%). El diagnóstico se confirmó anatomopatológicamente en 72 casos (96%).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANALISIS DE RESULTADOS

Se obtuvieron los siguientes resultados al correlacionar la posición anatómica del apéndice cecal con sus variables: el apéndice se presentó retrocecal en 23 hombres y en 9 mujeres, retroileal en 11 hombres y 16 mujeres, pélvico en 4 hombres y 8 mujeres, promontórico en 4 hombres (Cuadro 1).

CUADRO 1. POSICIONES DEL APÉNDICE CECAL EN RELACION AL SEXO.

	MASCULINO	FEMENINO
RETROCECAL	23	9
RETROILEAL	11	16
PELVICO	4	8
PROMONTORICO	4	0
TOTAL	42	33

p = 0.009

Cuando el apéndice estaba retrocecal se presentó náusea leve en 13 pacientes, moderada en 15 y severa en 4. En el apéndice retroileal se presentó náusea leve en 19 pacientes, moderada en 8.

En el apéndice pélvico se presentó náusea leve en 4 pacientes, moderada en 6 pacientes y severa en 2. En el apéndice promontórico solo se presentó náusea leve en 4 pacientes. (Cuadro 2).

CUADRO 2. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APÉNDICE CECAL Y LA INTENSIDAD DE LA NAUSEA.

	LEVE	MODERADA	SEVERA
RETROCECAL	13	15	4
RETROILEAL	19	8	0
PELVICO	4	6	2
PROMONTORICO	4	0	0
TOTAL	40	29	6

p = 0.05

La relación entre la posición del apéndice cecal y la sintomatología inicial (dolor inicial) fue la siguiente: el apéndice retrocecal tuvo dolor inicial en epigastrio en 25 pacientes y en mesogastrio en 7. El apéndice retroileal tuvo dolor inicial en epigastrio en 13 pacientes y en mesogastrio en 14 pacientes. El apéndice pélvico tuvo dolor inicial en epigastrio en 6 pacientes y en mesogastrio en 6 pacientes. El apéndice promontórico tuvo dolor inicial solo en epigastrio en 4 pacientes. (Cuadro 3).

CUADRO 3. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APÉNDICE CECAL Y LA SINTOMATOLOGIA INICIAL (DOLOR INICIAL).

	EPIGASTRIO	MESOGASTRIO
RETROCECAL	25	7
RETROILEAL	13	14
PELVICO	6	6
PROMONTORICO	4	0
TOTAL	48	27

P = 0.02

En este mismo rubro la relación entre la posición del apéndice cecal y la anorexia fue la siguiente:

En el apéndice retrocecal se presentó anorexia en 27 pacientes, no se presentó en 5 pacientes. El apéndice retroileal presentó anorexia en 21 pacientes y no la presentó en 6 pacientes. El apéndice pélvico presentó anorexia en 11 pacientes y no la presentó en 1 paciente. El apéndice promontórico presentó anorexia en 1 paciente y no la presentó en 3 pacientes. (Cuadro 4).

CUADRO 4. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APÉNDICE CECAL Y LA SINTOMATOLOGIA INICIAL (ANOREXIA)

	PRESENTE	AUSENTE
RETROCECAL	27	5
RETROILEAL	21	6
PELVICO	11	1
PROMONTORICO	1	3
TOTAL	60	15

p = 0.02

La relación entre la posición del apéndice cecal y la exploración física (punto de Lanz) fue la siguiente: en el apéndice retrocecal fue positivo en 16 pacientes y negativo en 16 pacientes. En el apéndice retroileal fue positivo en 4 pacientes y negativo en 23 pacientes. En el apéndice pélvico fue positivo en 6 pacientes y negativo en 6 pacientes. En el apéndice promontórico fue negativo en 4 pacientes. (Cuadro 5).

CUADRO 5. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APENDICE CECAL Y LA EXPLORACION FISICA (PUNTO DE LANZ).

	POSITIVO	NEGATIVO
RETROCECAL	16	16
RETROILEAL	4	23
PELVICO	6	6
PROMONTORICO	0	4
TOTAL	26	49

p=0.009

La relación del apéndice cecal y el examen de laboratorio (examen general de orina) fue la siguiente:

En el apéndice retrocecal fue positivo en 30 pacientes y negativo en 2. En el apéndice retroileal fue positivo en 16 pacientes y negativo en 11. En el apéndice pélvico fue positivo en 9 pacientes y negativo en 3. En el apéndice promontorico fue positivo en 2 pacientes y negativo en 2.

(Cuadro 6).

CUADRO 6. RELACION ENTRE EL APENDICE CECAL Y EL EXAMEN DE LABORATORIO (EGO).

	POSITIVO	NEGATIVO
RETROCECAL	30	2
RETROILEAL	16	11
PELVICO	9	3
PROMONTORICO	2	2
TOTAL	57	18

p=0.01

La relación entre el apéndice cecal y su fase transoperatoria fue la siguiente: el apéndice retrocecal se encontró en fase I (7 pacientes), fase II (11 pacientes), fase III (14 pacientes), el apéndice retroileal se encontró en fase I (14 pacientes), fase II (9 pacientes), fase III (4 pacientes), el apéndice pélvico se encontró en fase I (5 pacientes), fase II (4 pacientes), fase III (1 paciente), fase IV (2 pacientes), el apéndice promontorico se encontró en fase I (2 pacientes), fase II (1 paciente), fase III (1 paciente). (Cuadro 7).

CUADRO 7. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APENDICE CECAL Y SU FASE TRANS-OPERATORIA.

	I	II	III	IV
RETROCECAL	7	11	14	0
RETROILEAL	14	9	4	0
PELVICO	5	4	1	2
PROMONTORICO	2	1	1	0
TOTAL	28	25	20	2

p=0.013

DISCUSION

La frecuencia por sexos fue discretamente mayor en hombres que en mujeres (56%)vs(44%). El rango de edad 25-29 años obtuvo la mayor frecuencia de casos con 24 (32%). Como síntomas predominantes, la nausea leve y el vomito leve presentaron la mayor frecuencia de casos (40 y 43), respectivamente, disminuyendo en forma gradual la frecuencia de dichos síntomas. La temperatura entre 37-38 grados presento la mayor frecuencia de casos con 48 (64%). El dolor inicial fue más común en epigastrio con 47 casos (62.7%), el dolor final fue más común en fosa ilíaca derecha con 65 casos (86.7%). La disuria solo se presento en 25 casos (33.3%), la anorexia se presento en 62 casos (82.7%). En la exploración física, la frecuencia cardiaca de 98 x' tuvo la mayor frecuencia con 11 casos (14.7%). El punto de Mc Burney fue positivo en 36 casos (48%), el punto de Lanz fue positivo en 26 casos (34.7%). El punto de máximo dolor fue el Mc Burney en 37 casos (49.3%). En cuanto a los exámenes de laboratorio, la biometria hemática tuvo un recuento leucocitario de 5000 a 10000 en su mayor frecuencia 50 casos (66.7%). El examen general de orina fue positivo en 57 casos (76%). Los rayos x fueron positivos en 48 casos (64%), el ultrasonograma fue positivo en 38 casos (50.7%), a su ingreso a quirófano los pacientes tenían diagnostico de apendicitis aguda en 65 casos (86.7%). La

CUADRO 5. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APENDICE CECAL Y LA EXPLORACION FISICA (PUNTO DE LANZ).

	POSITIVO	NEGATIVO
RETROCECAL	16	16
RETROILEAL	4	23
PELVICO	6	6
PROMONTORICO	0	4
TOTAL	26	49

p=0.009

La relación del apéndice cecal y el examen de laboratorio (examen general de orina) fue la siguiente:

En el apéndice retrocecal fue positivo en 30 pacientes y negativo en 2. En el apéndice retroileal fue positivo en 16 pacientes y negativo en 11. En el apéndice pélvico fue positivo en 9 pacientes y negativo en 3. En el apéndice promontorico fue positivo en 2 pacientes y negativo en 2.

(Cuadro 6).

CUADRO 6. RELACION ENTRE EL APENDICE CECAL Y EL EXAMEN DE LABORATORIO (EGO).

	POSITIVO	NEGATIVO
RETROCECAL	30	2
RETROILEAL	16	11
PELVICO	9	3
PROMONTORICO	2	2
TOTAL	57	18

p=0.01

La relación entre el apéndice cecal y su fase transoperatoria fue la siguiente: el apéndice retrocecal se encontró en fase I (7 pacientes), fase II (11 pacientes), fase III (14 pacientes), el apéndice retroileal se encontró en fase I (14 pacientes), fase II (9 pacientes), fase III (4 pacientes), el apéndice pélvico se encontró en fase I (5 pacientes), fase II (4 pacientes), fase III (1 paciente), fase IV (2 pacientes), el apéndice promontorico se encontró en fase I (2 pacientes), fase II (1 paciente), fase III (1 paciente). (Cuadro 7).

CUADRO 7. RELACION ENTRE LA POSICION DEL APENDICE CECAL Y SU FASE TRANS-OPERATORIA.

	I	II	III	IV
RETROCECAL	7	11	14	0
RETROILEAL	14	9	4	0
PELVICO	5	4	1	2
PROMONTORICO	2	1	1	0
TOTAL	28	25	20	2

p=0.013

DISCUSION

La frecuencia por sexos fue discretamente mayor en hombres que en mujeres (56%)vs(44%). El rango de edad 25-29 años obtuvo la mayor frecuencia de casos con 24 (32%). Como síntomas predominantes, la nausea leve y el vomito leve presentaron la mayor frecuencia de casos (40 y 43), respectivamente, disminuyendo en forma gradual la frecuencia de dichos síntomas. La temperatura entre 37-38 grados presento la mayor frecuencia de casos con 48 (64%). El dolor inicial fue más común en epigastrio con 47 casos (62.7%), el dolor final fue más común en fosa ilíaca derecha con 65 casos (86.7%). La disuria solo se presento en 25 casos (33.3%), la anorexia se presento en 62 casos (82.7%). En la exploración física, la frecuencia cardiaca de 98 x' tuvo la mayor frecuencia con 11 casos (14.7%). El punto de Mc Burney fue positivo en 36 casos (48%), el punto de Lanz fue positivo en 26 casos (34.7%). El punto de máximo dolor fue el Mc Burney en 37 casos (49.3%). En cuanto a los exámenes de laboratorio, la biometria hemática tuvo un recuento leucocitario de 5000 a 10000 en su mayor frecuencia 50 casos (66.7%). El examen general de orina fue positivo en 57 casos (76%). Los rayos x fueron positivos en 48 casos (64%), el ultrasonograma fue positivo en 38 casos (50.7%), a su ingreso a quirófano los pacientes tenían diagnostico de apendicitis aguda en 65 casos (86.7%). La

posición anatómica del apéndice cecal más frecuente fue la retrocecal con 32 casos (42.7%). La fase I se presentó con la mayor frecuencia 28 casos (37.3%).

El apéndice retrocecal se presentó más frecuentemente en hombres, 23 casos (30.6%), sin embargo el apéndice retroileal fue más frecuente en mujeres, 16 casos (21.3%) ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal se presentó con náusea leve a moderada en 28 pacientes (37.3%), en el apéndice retroileal se presentó náusea leve a moderada en 27 pacientes (36%) ($p = 0.05$).

El apéndice retrocecal tuvo dolor inicial más frecuente en epigastrio que en mesogastrio, sin embargo el apéndice retroileal tuvo dolor inicial más frecuente en mesogastrio que en epigastrio. ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal tuvo la mayor frecuencia de anorexia con 27 casos (36%), seguido del apéndice retroileal con 21 casos (28%) ($p < 0.05$).

En el apéndice retrocecal y en el pélvico, el punto de Lanz fue positivo en el 50% de los casos ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal tuvo un examen general de orina positivo en 30 pacientes (40%), seguido del apéndice retroileal con un examen general de orina positivo en 16 pacientes (21.3%) ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal se presentó más comúnmente en fase III con 14 pacientes (18.6%). El apéndice retroileal se presentó más comúnmente en fase I con 14 pacientes (18.6%) ($p < 0.05$).

Analizando en forma concluyente las relaciones que guardan las dos posiciones más frecuentes del apéndice cecal, sus síntomas principales (náusea, dolor en epigastrio o mesogastrio, anorexia), así como en su exploración física (punto de Lanz), examen de laboratorio, (examen general de orina), y fase del apéndice

cecal, se observan los siguientes resultados (Cuadro 8).

CUADRO 8. RELACIONES ENTRE LA POSICION DEL APENDICE CECAL, SEXO, SINTOMATOLOGIA, EXPLORACION FISICA, EXAMEN DE LABORATORIO Y FASE DEL APENDICE CECAL.

	SEXO		NAUSEA EPIG. MESOG.	DOLOR	ANOREXIA
	M	F			
RETROCECAL	23	9	28	25	7 27
RETROILEAL	11	16	27	13	14 21

	PUNTO DE LANZ (+)	EXAMEN GRAL. DE ORINA	FASE
RETROILEAL	4	16	I (14)

$p < 0.05$

CONCLUSIONES

Las dos posiciones anatómicas más frecuentes del apéndice cecal fueron retrocecal y retroileal.

El apéndice retrocecal fue más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo el retroileal fue más frecuente en mujeres que en hombres.

El apéndice retrocecal se presentó clínicamente con náusea leve a moderada dolor inicial más marcado en epigastrio, presentando comúnmente anorexia, punto de Lanz positivo en la mitad de los casos así como examen general de orina positivo, presentándose habitualmente en fase III (abscedado).

El apéndice retroileal se presentó clínicamente con náusea leve a moderada, dolor inicial más marcado en mesogastrio, comúnmente anorexia, punto de Lanz positivo en la mitad de los casos, comúnmente examen general de orina positivo, habitualmente en fase I (hiperémico y edematoso).

Con lo cual concluimos que efectivamente existen diferencias clínicas en la apendicitis aguda dependiendo de su posición anatómica y el grado de avance de la enfermedad.

posición anatómica del apéndice cecal más frecuente fue la retrocecal con 32 casos (42.7%). La fase I se presentó con la mayor frecuencia 28 casos (37.3%).

El apéndice retrocecal se presentó más frecuentemente en hombres, 23 casos (30.6%), sin embargo el apéndice retroileal fue más frecuente en mujeres, 16 casos (21.3%) ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal se presentó con náusea leve a moderada en 28 pacientes (37.3%), en el apéndice retroileal se presentó náusea leve a moderada en 27 pacientes (36%) ($p = 0.05$).

El apéndice retrocecal tuvo dolor inicial más frecuente en epigastrio que en mesogastrio, sin embargo el apéndice retroileal tuvo dolor inicial más frecuente en mesogastrio que en epigastrio. ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal tuvo la mayor frecuencia de anorexia con 27 casos (36%), seguido del apéndice retroileal con 21 casos (28%) ($p < 0.05$).

En el apéndice retrocecal y en el pélvico, el punto de Lanz fue positivo en el 50% de los casos ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal tuvo un examen general de orina positivo en 30 pacientes (40%), seguido del apéndice retroileal con un examen general de orina positivo en 16 pacientes (21.3%) ($p < 0.05$).

El apéndice retrocecal se presentó más comúnmente en fase III con 14 pacientes (18.6%). El apéndice retroileal se presentó más comúnmente en fase I con 14 pacientes (18.6%) ($p < 0.05$).

Analizando en forma concluyente las relaciones que guardan las dos posiciones más frecuentes del apéndice cecal, sus síntomas principales (náusea, dolor en epigastrio o mesogastrio, anorexia), así como en su exploración física (punto de Lanz), examen de laboratorio, (examen general de orina), y fase del apéndice

cecal, se observan los siguientes resultados (Cuadro 8).

CUADRO 8. RELACIONES ENTRE LA POSICION DEL APENDICE CECAL, SEXO, SINTOMATOLOGIA, EXPLORACION FISICA, EXAMEN DE LABORATORIO Y FASE DEL APENDICE CECAL.

	SEXO		NAUSEA EPIG. MESOG.	DOLOR	ANOREXIA
	M	F			
RETROCECAL	23	9	28	25	7 27
RETROILEAL	11	16	27	13	14 21

	PUNTO DE LANZ (+)	EXAMEN GRAL. DE ORINA	FASE
RETROILEAL	4	16	I (14)

$p < 0.05$

CONCLUSIONES

Las dos posiciones anatómicas más frecuentes del apéndice cecal fueron retrocecal y retroileal.

El apéndice retrocecal fue más frecuente en hombres que en mujeres, sin embargo el retroileal fue más frecuente en mujeres que en hombres.

El apéndice retrocecal se presentó clínicamente con náusea leve a moderada dolor inicial más marcado en epigastrio, presentando comúnmente anorexia, punto de Lanz positivo en la mitad de los casos así como examen general de orina positivo, presentándose habitualmente en fase III (abscedado).

El apéndice retroileal se presentó clínicamente con náusea leve a moderada, dolor inicial más marcado en mesogastrio, comúnmente anorexia, punto de Lanz positivo en la mitad de los casos, comúnmente examen general de orina positivo, habitualmente en fase I (hiperemico y edematoso).

Con lo cual concluimos que efectivamente existen diferencias clínicas en la apendicitis aguda dependiendo de su posición anatómica y el grado de avance de la enfermedad.

ANEXOS



Abundante exudado purulento en la luz apendicular, la submucosa muestra folículos linfoides y centros germinativos.



Epitelio con pérdida de la continuidad e intenso infiltrado inflamatorio polimorfonuclear en la submucosa.



Dilatación y congestión vascular, infiltrado polimorfonuclear y extravasación de hematíes.



**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

Aspecto macroscópico de la apendicitis, obsérvese la congestión e inflamación de la parte terminal del apéndice.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Williamson W. A. , Bush R. D. , Williams L. F. , Jr. Retrocecal appendicitis.
American Journal of Surgery, 1981 ; 141(4): 507-9.
- 2.- Budd D. C. , Fouty W. J. Jr. Familial retrocecal appendicitis.
American Journal of Surgery, 1977 ; 133(6): 670-1
- 3.-Korner, H ; Sondenaar, K ; Soreide, J. A. ; Andersen, E. ; Nysted, A. ; Lende, T. H. Structured data collection improves the diagnosis of acute appendicitis.
The British Journal of Surgery, 1998; 85(3): 341-4.
- 4.- Vaudagna, J. S. , McCort, J. J. , Plain film diagnosis of retrocecal appendicitis.
Radiology, 1975 ; 117(3): 533-6
- 5.- Guzeev A. I.
Diagnosis of retrocecal appendicitis.
Vestnik Khirurgii Imeni i-i-Grecova, 1975; 114(4): 54-6.
- 6.- Harned, R. K.
Retrocecal appendicitis presenting with air in the subhepatic space.
American Journal of Roentgenology, 1976; 126(2): 416-8.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN