

11237  
1603  
283

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
FACULTAD DE MEDICINA  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION

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

HOSPITAL REGIONAL "LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS"

APENDICITIS EN NIÑOS:  
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PRESENTA EL:  
DR. SALVADOR VACA HERNANDEZ  
PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN  
PEDIATRIA MEDICA

DR. RAUL VIZZUETT MARTINEZ  
COORDINADOR DE CAPACITACION Y  
DESARROLLO E INVESTIGACION

DR. BALTAZAR BARRAGAN HERNANDEZ  
PROFESOR TITULAR DEL CURSO  
DE PEDIATRIA MEDICA

DR. JORGE VAZQUEZ HERRERA  
COORDINADOR DE PEDIATRIA

I. S. S. S. T. E.  
SUBDIRECCION GRAL. MEDICA  
**RECIBIDO**  
NOV. 30 1993  
**ESTUDIO**  
DIVISION DE LOS ESTUDIOS DE  
ENSEÑANZA E INVESTIGACION

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

1993

I. S. S. S. T. E.  
HOSPITAL REGIONAL  
LIC. ADOLFO LOPEZ MATEOS  
★ NOV. 30 1993 ★  
COORDINACION DE  
CAPACITACION, DESARROLLO  
E INVESTIGACION



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## CONTENIDO

RESUMEN . . . . .	1
ABSTRACT . . . . .	2
INTRODUCCION . . . . .	3
MATERIAL Y METODOS . . . . .	8
RESULTADOS . . . . .	9
DISCUSION . . . . .	16
CONCLUSIONES . . . . .	19
TABLAS Y GRAFICAS . . . . .	21
BIBLIOGRAFIA . . . . .	28

## RESUMEN

Se revisaron 148 expedientes de pacientes, a quienes se les realizó apendicectomía en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., durante el período comprendido del 1o. de Enero de 1991 al 31 de Diciembre de 1992.

La apendicectomía por apendicitis representa la cirugía abdominal de urgencia más frecuente en niños. De las operaciones realizadas en ese Servicio -- por año, la apendicectomía ocupa el 18%.

En el presente estudio encontramos predominio de afección en el sexo masculino, siendo el grupo de escolares el más afectado. La biometría hemática tuvo un valor limitado en el diagnóstico. El uso de ultrasonido fué de gran -- utilidad en la confirmación de las complicaciones postquirúrgicas de la apendicitis.

El diagnóstico de certeza en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" fué del 91.2%. No se reportó mortalidad

Palabras clave: Apendicitis Aguda, Apendicectomía.

Cirugía Abdominal de Urgencia.

## **ABSTRACT**

A review of 148 patients from Hospital Regional "Lic. Adolfo López - - Mateos" I.S.S.S.T.E., Pediatric Surgery Service, to whom made appendicectomy throught period between January 1991 and December 1992.

The indication for appendicectomy was acute appendicitis and this proce\_ dure was the most frequent emergency surgery in children.

The appendicectomy was the 18% all patients and showed a light predomi\_ nance in males. The most age affected group was between 6 to 12 years old.

The hematic count had a limited value for this diagnostic. The ultrasong\_ ram use, was great help confirming the complications in the post operating - - period.

Assure diagnosis in Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" Pedia\_ tric Surgery Service was 91.2%. There is no mortality.

Key words: Acute Appendicitis, Appendicectomy.  
Emergency Abdominal Surgery.

## INTRODUCCION

La apendicitis aguda representa la causa más común de cirugía abdominal de urgencia en niños y adolescentes. El cuadro clínico y el manejo médico quirúrgico fué establecido desde hace más de un siglo. Hacia finales de 1889, -- McBurney estableció las bases para el diagnóstico y puntualizó que es preferible la cirugía de urgencia que mantener una conducta expectante ( 1, 2 ).

El factor más importante en la patogenia de la apendicitis es la obstrucción de la luz apendicular, causada la mayoría de las veces por uno ó más fecalitos. Cuando se obstruye la víscera, se acumulan las secreciones de la mucosa del apéndice, ocasionando distensión en el interior. La mayor presión intraluminal al final produce obstrucción completa de las arterias que nutren al órgano.

En la mucosa aparecen úlceras aisladas ó hay destrucción completa de -- ella y en la superficie de la serosa, se acumula exudado fibrinopurulento. Las bacterias intestinales invaden la mucosa debilitada y producen una infección -- intramural difusa con licuación. La combinación de infección bacteriana e infarcto arterial ocasionan gangrena y perforación ( 1 ).

Desde el punto de vista anatomopatológico se le conocen a la apendicitis cinco etapas, con variaciones entre ellas según la severidad del padecimiento y son las siguientes:

**APENDICITIS AGUDA SIMPLE.**- Incluye inflamación focal, hiperemia y -- edema mínimo del apéndice. No se advierte exudado de la serosa.

**APENDICITIS AGUDA SUPURADA.**- El apéndice y su meso están edema-  
tosos, hay congestión de sus vasos, se advierten petequias y aparecen capas -  
de exudado fibrinopurulento.

**APENDICITIS GANGRENOSA.**- Los signos anteriores se acentúan apare-  
ciendo gangrena en la pared del apéndice. Hay perforaciones microscópicas y au-  
menta el líquido peritoneal pudiendo ser fétido ó purulento.

**APENDICITIS PERFORADA.**- Existe ya perforación macroscópica de la pa-  
red apendicular, por lo regular en el borde antimesentérico y junto a un fecalito  
obstructor. Puede haber también obstrucción parcial ó completa del ileon.

**APENDICITIS ABSCEDADA.**- El apéndice en su totalidad ó parte de él, -  
puede tener necrosis. Se forma una gran masa que contiene pus espeso y fétido  
cuya localización puede ser fosa iliaca derecha y sitios retrocecales ó pélvicos.

Estos grupos están dispuestos en orden creciente de gravedad y presupo-  
nen al mismo tiempo una evolución cada vez más avanzada ( 1, 2, 3 ).

El síntoma principal de la apendicitis aguda es el dolor abdominal que ca-  
si siempre inicia en región periumbilical, independientemente del sitio en que se  
encuentre el apéndice.

El dolor tiene comienzo gradual y suele ser persistente. Horas después, - cambia al cuadrante inferior derecho del abdomen, para allí establecerse. Este - cambio de sitio es un signo diagnóstico importante e indica la formación de un - exudado irritativo alrededor del apéndice inflamado. El dolor abdominal se pre\_\_  
senta en casi el 100% de los casos y se asocia con náuseas y vómito en más del 80% ( 1, 2, 3, 4 ).

Las variaciones en los síntomas generalmente se deben a anomalías anató\_\_  
micas. Cuando el apéndice tiene posición retrocecal, puede haber dolor en el - -  
flanco ó en el dorso y si la punta inflamada está contra el uréter, el dolor pue  
de irradiarse a la región inguinal ó al testículo y aparecer sintomatología de vías  
urinarias. De manera semejante, un apéndice pélvico, en que la punta inflamada-  
está junto a la vejiga, puede presentar polaquiuria ó disuria. De la misma mane\_\_  
ra si éste órgano llega a abscedarse, los síntomas urinarios pueden exacerbar\_\_  
se y acompañarse de diarrea.

En promedio, el 66% de los apéndices son retrocecales ó retrocólicos y el 33% están libres en el estrecho pélvico superior. En raras ocasiones el apéndice tiene posición subcecal ó posileal ó bien estar en un sitio ectópico, como puede ser un saco herniado ó atravesar todo el abdomen y su punta llegar al cuadrante inferior izquierdo ( 1 ).

En las primeras 24 horas después de comenzar el dolor, la fiebre y los datos de deshidratación son mínimos, pero pueden agravarse notablemente si -  
progresar la enfermedad. El dolor localizado en la pelvis al tacto rectal puede -



ser un dato útil y la presencia de una masa sugiere un absceso ó tal vez un quiste ovárico en una jovencita ( 1, 3 ).

La perforación del apéndice es posible cuando el cuadro clínico evoluciona por más de 36 horas y aparece fiebre elevada y dolor abdominal difuso ( 1, 2 ).

Lo anteriormente enunciado difiere en los pacientes escolares y debido a ello, el reporte de perforación en este grupo de edades, varía entre un 50 y -- un 70%. El cuadro es aún más atípico en los recién nacidos y como consecuencia el rango de mortalidad se eleva desde un 60 a un 100%, la causa de apendicitis-neonatal no es clara, sin embargo, se ha visto asociada a otras entidades como enterocolitis necrozante ó enfermedad de Hirschsprung ( 2 ).

La biometría hemática tiene utilidad limitada en el diagnóstico. El número de leucocitos y neutrófilos, suele elevarse moderadamente, sin embargo, cifras normales de éstas células no excluyen la posibilidad de apendicitis. En las primeras etapas de la enfermedad, suele advertirse incluso, leucopenia. El exámen de orina también es importante ante la posibilidad de infección de vías urinarias, - aunque esto no es determinante ( 1, 2, 5, 6 ).

El diagnóstico de apendicitis por lo general es clínico y cuando hay duda en el diagnóstico, son de utilidad las radiografías de abdomen. El signo radiográfico más útil, es una trama anormal de los gases intestinales en el cuadrante inferior derecho del abdomen. El fecalito calcificado en una prueba convincente de apendicitis, pero solo se presenta en un 20% de los casos. La radiografía de

torax es indispensable para descartar la posibilidad de neumonía basal derecha, ( 1, 2, 3, 7 ).

Actualmente se ha reportado la utilidad en el diagnóstico del ultrasonido con una certeza hasta del 98% y una especificidad del 92% ( 8, 10 ).

El tratamiento pretende la apendicectomía oportuna, aceptándose hasta un 20% de apendicectomías sanas. En apendicitis complicada, el tratamiento incluye apendicectomía y drenaje más antimicrobianos, la mortalidad es de 0.1% para mayores de 2 años, 10% para lactantes y 80% promedio para los recién nacidos ( 3 ).

La frecuencia exacta de la enfermedad se desconoce en nuestro medio, sin embargo, hemos observado que es la cirugía abdominal de urgencia más frecuente ( 1, 7 ).

El diagnóstico diferencial incluye: constipación, gastroenteritis, infección del tracto urinario, enfermedad inflamatoria pélvica, salmonelosis, neumonía e invaginación intestinal. La adenitis mesentérica y el divertículo de Meckel son diagnósticos quirúrgicos ( 1, 2 3 ).

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

## **MATERIAL Y METODOS**

Se revisaron los expedientes de todos aquellos pacientes en quienes se realizó apendicectomía durante el período comprendido entre el 1º de Enero de 1991 y el 31 de Diciembre de 1992.

Las variables recolectadas en cada caso fueron las siguientes: nombre, sexo, edad, sintomatología, diagnóstico de ingreso, tiempo de evolución, antecedentes de tratamiento previo, alteraciones en la biometría hemática, hallazgos radiológicos, patología asociada, manejo médico ofrecido y su duración, tratamiento quirúrgico, complicaciones, reintervenciones, tiempo de hospitalización y procedencia.

Se analizaron estadísticamente todos los datos recolectados, obteniéndose los siguientes resultados:

## RESULTADOS

Durante el período comprendido del estudio, se realizaron un total de 820 operaciones en el Servicio de Cirugía Pediátrica del Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" del I.S.S.S.T.E., de las cuales 148 fueron apendicectomías, lo que correspondió a un 18%.

La descripción del reporte quirúrgico fué tomado como elemento diagnóstico definitivo.

Del total de los pacientes operados por apendicitis, 90 correspondían al sexo masculino y 58 al femenino, esto fué 60.8 y 39.2% respectivamente. Se establecieron grupos de edades, observándose que el 73% de los pacientes quedaron incluidos entre los 6 y los 12 años, lo que representó que el grupo de escolares fué el más afectado ( Tabla 1 ).

Dentro del grupo de menores de dos años, se reportaron tres pacientes: un recién nacido de 20 días de vida, con diagnóstico preoperatorio de enterocolitis necrozante, ya que presentaba un cuadro clínico y radiológico sugestivo de la patología. El hallazgo quirúrgico fué el de un apéndice cecal perforado. Los otros dos pacientes, ambos de un año de edad, presentaron apendicitis aguda - uno y perforada el otro.

La estancia hospitalaria en la mayoría de los pacientes, fué entre 2 y 5 días, ( 61.4% ), el tiempo de hospitalización más prolongado fué de 28 días, -

esto en el paciente recién nacido.

El cuadro clínico se caracterizó por dolor abdominal en casi todos los - pacientes ( 94% ), acompañándose generalmente por fiebre ( 66.2% ), datos de irritación peritoneal ( 54% ), vómito ( 35.1% ) y tacto rectal doloroso ( 23.6% ) Otros síntomas descritos con menor frecuencia son diarrea, náuseas, cefalea, - anorexia y disuria ( 7, 8 ) ( Gráfica 1 ).

La sintomatología fué modificada en muchas ocasiones debido a la adminis- tración de medicamentos, lo cual sucedió en el 27% de los pacientes, los medica- mentos más frecuentemente empleados fueron butil-hioscina, acetaminofén, ácido acetilsalicílico, ampicilina y metronidazol y en ocasiones hasta la asociación de - dos antibióticos. Estos medicamentos la mayoría de las veces, fueron prescritos por un médico.

En relación con el tiempo de evolución, 60.8% de los pacientes ingresa- ron al hospital dentro de las primeras 24 horas de iniciado su padecimiento, - el 21%, 25 a 48 horas después del inicio de la sintomatología y el resto, 3 a 5 días más tarde ( Tabla 2 ).

La biometría hemática presentó cifras anormales de leucocitos en el 50%, con un rango entre 12 y 32,000, el otro 50% fué reportada normal.

Los signos radiológicos más frecuentemente descritos fueron: borramien- to de psoas derecho ( 37.8% ), presencia de niveles hidroaéreos ( 21.6% ), es

-coliosis hacia la derecha ( 14.8% ), presencia de asa fija ( 11.4% ), presencia de fecalito calcificado ( 4.7% ). Se reportaron radiografías de abdomen normales en 19.6% de los casos, no fueron descritos hallazgos radiológicos en el 27% del total de los pacientes incluidos en el estudio ( Gráfica 2 ).

Con fines descriptivos, se dividió a los pacientes en estudio en tres grupos, tomando como base el reporte quirúrgico y fueron los siguientes:

- a) Apendicitis aguda: 61.4%
- b) Apendicitis complicada: 35.1%
- c) Apéndice normal: 3.4%

Apendicitis aguda. - Se incluyeron en este grupo todos los casos reportados como apendicitis simple, supurada, periapendicitis con ó sin datos de irritación peritoneal e hiperplasia linfoide.

La mayor parte de los pacientes con ésta patología procedían de su domicilio, con un tiempo de evolución variable ( rango de 6 a 48 horas ), con un promedio de 24 horas en el 89% de los casos. De los pacientes incluidos en éste grupo, 14 ( 9.4% ) recibieron tratamiento extrahospitalario, 71% indicado por un médico.

Los resultados de la biometría hemática ( leucocitos ) se reportaron alterados en solo el 34%, mientras que el 66% mostró cifras normales.

El diagnóstico preoperatorio fue de apendicitis aguda en el 86.8% de los casos, de apendicitis complicada en el 7.7%, de abdomen agudo en el 3.3% y con otros diagnósticos ( quiste de ovario ) el 2.2%.

Se efectuó apendicectomía en todos los pacientes, manejándoseles durante el postoperatorio con soluciones parenterales durante 24 a 48 horas en promedio, se utilizaron analgésicos no esteroides para alivio del dolor y se les inició la vía oral un día después de la cirugía.

Se presentaron complicaciones en tres pacientes ( 3.3% ), un cuadro neuromónico secundario a broncoaspiración y dos cuadros de oclusión intestinal en el postoperatorio tardío que ameritaron laparotomía para la liberación de bridas en uno y realización de ileostomía en el otro. El tiempo de hospitalización en la mayor parte de los casos fué de 2 a 3 días y solo un paciente requirió de más de 15 días de internamiento ( Tabla 3 ).

Las complicaciones mencionadas fueron resueltas satisfactoriamente, requiriéndose de dos reintervenciones quirúrgicas, la evolución fué favorable en el 96.7% de los pacientes de este grupo. No se reportó mortalidad.

Apendicitis complicada.- Este grupo comprende todos los casos reportados como apendicitis gangrenada, perforada ó abscedada con ó sin diversos grados de peritonitis ó eplloftis.

El 57.7% de los pacientes con esta entidad procedían de otro centro hos

-pitolario, con un tiempo de evolución variable ( rango de 20 horas a 5 días ), con un promedio de 44 horas. De los pacientes incluidos en este grupo 26 --- ( 50% ) recibieron tratamiento medicamentoso previo y 63.3% de éstos, indicado por un médico.

Los reportes de las biometrías hemáticas fueron anormales en 82.7% y -- normales en el 17.3% de los casos.

El diagnóstico preoperatorio de apendicitis complicada fué del 55.8% de - apendicitis aguda el 38.5%, de abdomen agudo el 1.9% y de otro diagnóstico --- ( masa pélvica y enterocolitis necrozante ) el 3.8%.

Una vez establecido el diagnóstico de apendicitis complicada, se inició - manejo antimicrobiano en todos los casos con gentamicina asociada a metronidazol

Se presentaron complicaciones en 13 pacientes ( 25% ) de los incluidos en este grupo, las que fueron: absceso residual ( 8 pacientes ), oclusión intestinal ( 3 pacientes ), íleo ( 1 paciente ) y atelectasia pulmonar ( 1 paciente ) - - - ( Gráfica 3 ).

Se realizaron cinco reintervenciones quirúrgicas, el drenaje de dos abscesos subdiafragmáticos y uno pélvico, y dos laparotomías para la liberación de bridas. Todas las complicaciones fueron resueltas satisfactoriamente, no reportándo se mortalidad.



Se continuó con el mismo manejo antimicrobiano establecido en el período preoperatorio, administrándose por un lapso de diez días. Cuando se sospechó la presencia de absceso residual, éste se confirmó por ultrasonido abdominal - en el 87.5% de los casos.

El manejo médico de ésta complicación se realizó a base de las siguientes asociaciones de antibióticos, cefotaxima-amikacina ( 37.5% ), ampicilina-gentamicina-metronidazol ( 25% ) y ceftazidima ( 37.5% ). Estos esquemas fueron utilizados por un tiempo mínimo de 14 y un máximo de 22 días. Se obtuvo respuesta favorable en el manejo de esta complicación en el 75% de los pacientes. La estancia hospitalaria fué en promedio de 5 a 7 días, con un rango de 4 a 25 días ( Tabla 3. ).

Apéndice normal.- Se incluyeron en este grupo todos aquellos pacientes con reporte quirúrgico de apéndice cecal sana. Se registraron cinco pacientes: un masculino de 9 años de edad y cuatro femeninos de 7, 8, 10 y 13 años. En todos ellos la evolución postoperatoria fué favorable, sin que se presentaran complicaciones y la estancia hospitalaria fué de 2 a 3 días. Todos recibieron tratamiento extrahospitalario por un médico. Los reportes de las biometrías hemáticas solo mostraron discreta elevación de los leucocitos en tres de ellos. En la paciente de 13 años, el hallazgo quirúrgico fué un tumor de ovario dependiente del anexo derecho. El apéndice cecal fué normal.

Patología asociada.- Se les consideró así a aquellas entidades nosológicas que acompañaron al cuadro de apendicitis ó que fueron referidas como ante\_

-cedentes patológicos de importancia para el padecimiento. Esto sucedió en el 13.5% de los pacientes y fueron: obesidad exógena ( 8 casos ), alteraciones en el examen general de orina ( 5 casos ), faringoamigdalitis ( 3 casos ), --- dismenorrea ( 2 casos ), estreñimiento ( 1 caso ) y diarrea ( 1 caso ). Otras patologías agregadas ó acompañantes que se mencionan en la literatura, pueden ser colon irritable e incluso atresia intestinal ( 7,12 ).

## DISCUSION

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

En el presente estudio, se encontró predominio en el sexo masculino, - siendo el grupo de 6 a 12 años el más afectado.

El cuadro clínico representado por dolor abdominal, fiebre y datos de irritación peritoneal, fué determinante para establecer el diagnóstico; datos como: fiebre elevada, letargia e irritabilidad, tienen importancia como valor pronóstico.

La biometría hemática tuvo un valor limitado en el diagnóstico, valores normales fueron reportados en el 50% de los pacientes. Otros autores reportan - hasta el 59% de biometrías hemáticas normales ( 7 ).

Se describieron signos radiológicos sugestivos en el 52.7% de los pacientes y placas normales en el 19.6%.

El diagnóstico preoperatorio fué certero en el 86.8% de los casos para -- apendicitis aguda y 55.8% para apendicitis perforada. Fueron razones de importancia en el retraso y falla del diagnóstico, el tratamiento medicamentoso previo así como la historia de dolor recurrente y enfermedades gastrointestinales que presentaron algunos pacientes.

A pacientes en quienes se sospechó la presencia de absceso residual, se les realizó ultrasonido pélvico ó abdominal, siendo la certeza diagnóstica por este método del 87.5%. Cifras semejantes son referidas en la literatura. ( 4, 8, 9, 10, 11 ).

Ocho pacientes se reportaron con diagnóstico preoperatorio diferente de apendicitis, cuatro con el abdomen agudo, dos con el de quiste de ovario uno como masa pélvica y otro como enterocolitis necrozante.

Los casos diagnosticados como apendicitis aguda, tuvieron una evolución favorable en el 96.7%. Se presentaron complicaciones en tres pacientes, las que posteriormente se resolvieron en forma satisfactoria. El 74.7% de los pacientes, tuvieron una estancia hospitalaria de 2 a 3 días, siendo el 84.4% mayores de 7 años.

Los casos reportados como apendicitis perforada, procedían en un 57.7% de otro centro hospitalario, generalmente con manejo medicamentoso previo. En ellos, la sintomatología fué modificada por la administración de analgésicos y antibióticos, otros factores que favorecen la incidencia de perforación son el bajo nivel socioeconómico y el deficiente estado nutricional ( 5, 7 ).

Se presentaron complicaciones en 13 pacientes, requiriendo reintervención quirúrgica cinco de ellos. La evolución posterior fué satisfactoria en todos los casos.

La estancia hospitalaria promedio fué de 5 a 7 días en el 57.7% de los pacientes. La respuesta al tratamiento farmacológico de los abscesos residuales fué buena en el 75% de los casos, ameritando drenaje quirúrgico tres de los pacientes.

Las apendicectomías realizadas a pacientes con apéndice cecal sano evolucionaron sin complicaciones. Dichos pacientes egresaron 2 a 3 días después de su intervención. El porcentaje de estas cirugías fué 3.4% muy por debajo del 20% permisible, aceptado en la literatura ( 1, 3 , 8 ).

## CONCLUSIONES

- 1.- La apendicitis es una entidad frecuente y a pesar de ello, mal manejada en muchas entidades hospitalarias.
- 2.- Se encontró predominio en el sexo masculino, siendo el grupo de escolares el más afectado. La realización de apendicectomías en pacientes con apéndice sano fué más frecuente en el sexo femenino, ésto debido probablemente a la mayor diversidad en el diagnóstico diferencial.
- 3.- El índice de apendicectomías en pacientes con apéndice normal encontrados en nuestro estudio, mejora con un amplio margen al aceptado en la literatura.
- 4.- El reporte anatomopatológico es básico para la realización de éstos trabajos, sin embargo, no pudo ser tomado en cuenta debido a la ausencia de éste en casi todos los expedientes. Se tomó como base el reporte quirúrgico.
- 5.- El cuadro clínico fué determinante para establecer el diagnóstico, encontrándose poco apoyo en la biometría hemática, resultados normales fueron encontrados en el 50% de los pacientes.
- 6.- La radiografía resultó ser un buen método de apoyo, aunque el único dato considerado como definitivo ( fecalito calcificado ) solo se presentó en el

- 4.7% de los casos. La radiografía de tórax es indispensable.
- 7.- La certeza en nuestro estudio fué del 91.2%.
- 8.- El manejo postoperatorio debe ser sintomático en todos los casos agudos y está justificado el empleo de antimicrobianos en apendicitis perforada, en quienes además de apendicectomía, deberá colocársele drenaje.
- 9.- Durante éste período de dos años, la evolución fué satisfactoria para todos los pacientes, debido a que no se reportó mortalidad.
- 10.- Es básico para la realización de una investigación, la integridad de los expedientes, ya que la omisión de datos disminuye la calidad de los trabajos.

## APENDICITIS EN NIÑOS

TABLA 1. AFECCION POR GRUPOS DE EDAD

EDAD	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
< 2	5	3.4
3-5	7	4.7
6-12	108	73.8
13-15	28	18.9
TOTAL	148	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM



## APENDICITIS EN NIÑOS

TABLA 2. TIEMPO DE EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO

TIEMPO	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
< 12 HORAS	3	2.8
13-24 HORAS	87	58.8
25-36 HORAS	13	8.8
> 37 HORAS	45	30.4
TOTAL	148	100

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

## APENDICITIS EN NIÑOS

TABLA 3. TIEMPO DE HOSPITALIZACION

DIAS	AGUDA		COMPLICADA	
	No. PACIENTES	PORCENTAJE	No. PACIENTES	PORCENTAJE
2-4	84	56.7	4	2.7
5-7	5	3.3	30	20.2
8-10	1	0.7	7	4.7
> 11	1	0.7	11	7.4
<b>TOTAL</b>	<b>91</b>		<b>52</b>	

NOTA: CINCO PACIENTES FUERON REPORTADOS CON APENDICE NORMAL  
Y NO SE INCLUYEN EN ESTA TABLA.

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

## APENDICITIS EN NIÑOS

TABLA 4. DIAS DE ESTANCIA HOSPITALARIA

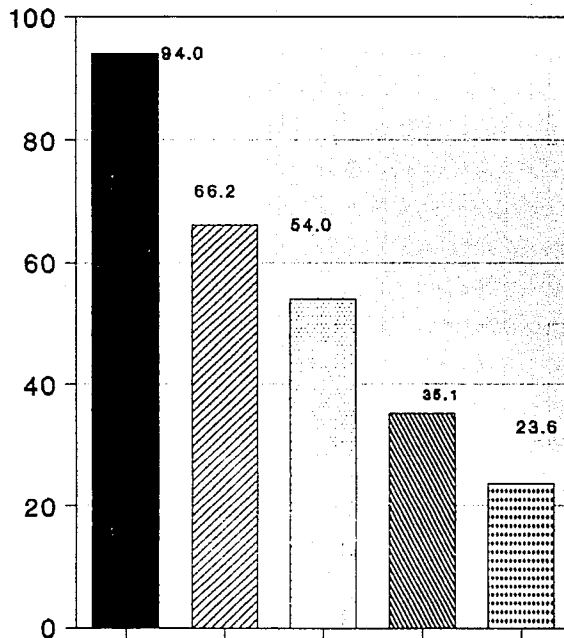
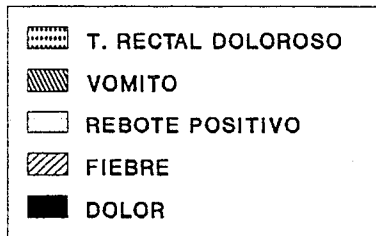
DIAS	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE
2-3	73	49.3
4-5	27	18.2
6-9	35	23.6
> 10	13	8.8
TOTAL	148	

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

# APENDICITIS EN NIÑOS

PORCENTAJE

## SINTOMATOLOGIA

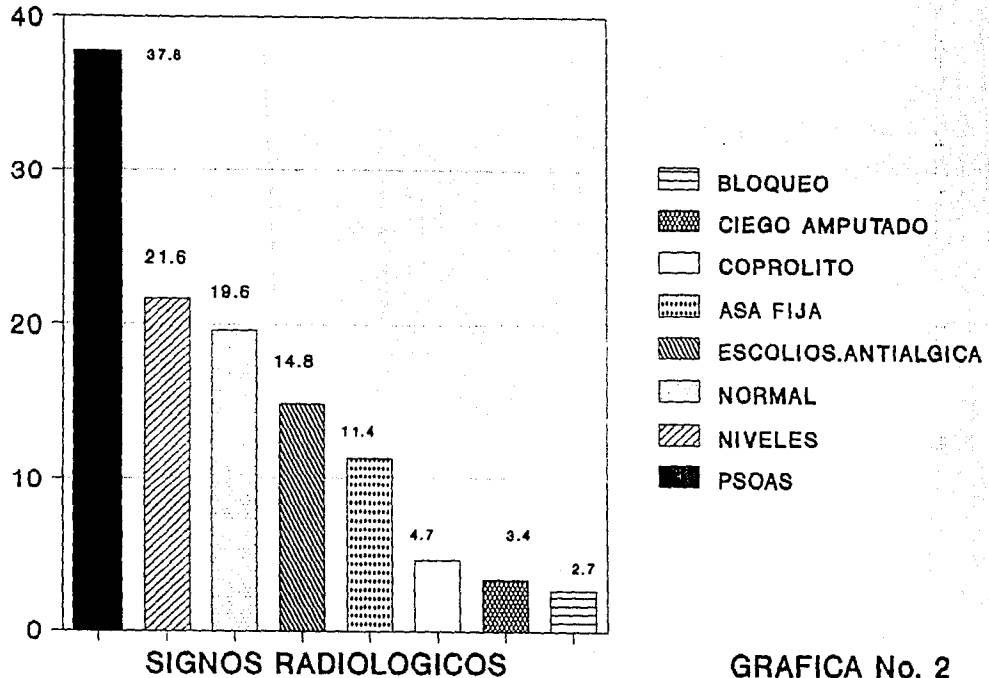


GRAFICA No. 1

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

## APENDICITIS EN NIÑOS

PORCENTAJE

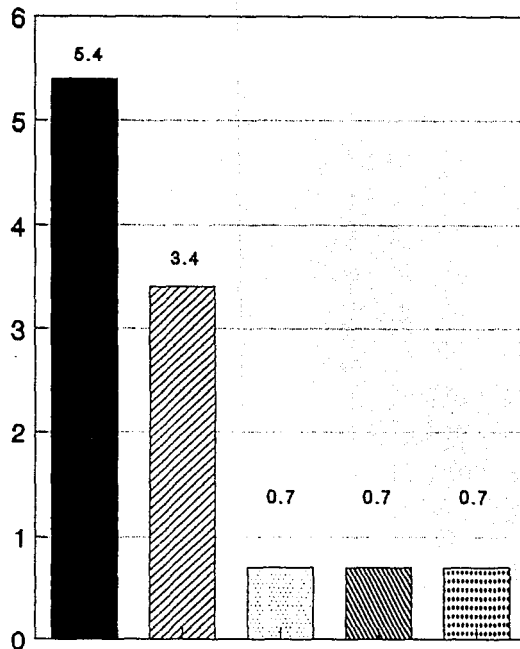


GRAFICA No. 2

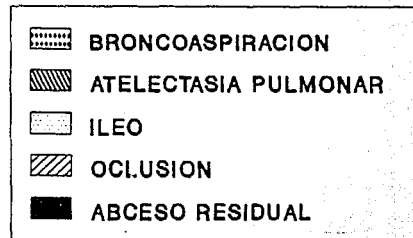
FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

# APENDICITIS EN NIÑOS

PORCENTAJE



COMPLICACIONES



GRAFICA No. 3

FUENTE: ARCHIVO CLINICO HRLALM

## BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cloud D. T., Aschcraft K. W. ( eds ).  
Appendicitis in holder T. M.  
Pediatric Surgery, First edition  
Saunders, Philadelphia, 1980: 547 - 558.
- 2.- Rottmeier K. P.  
Appendicitis in Welch K.J.  
Pediatric Surgery ( eds ).  
Fourth edition, Chicago  
Year Book Medical Publisher Inc. 1986; 989 - 993.
- 3.- Stevenson J. Richard  
Dolor abdominal no relacionado con traumatismo  
Surg. Clin. Nort. Am. 1985; 1220 - 1226.
- 4.- Vignault F., Filiatrault D., Brandt L. M.  
Acute appendicitis in children, evaluation with US  
Pediatr. Radiol. 1990; 176, 501 - 504.
- 5.- Mersha D., Daniel E.  
Childhood appendicitis: factors associated with its incidence and  
perforation in Ethiopian children.  
Ethiop. Med J., 1991; 29: 25 - 29.
- 6.- Neilson I. R., Laberge J. M., Nguyen L. T.  
Appendicitis in children: Current therapeutic recommendations  
J. Pediatric Surg. 1990, 25: 1113 - 1116.
- 7.- Harland R. N.  
Diagnosis of appendicitis in childhood.  
J. R. Coll Surg. 1990, 25: 1113 - 1116.
- 8.- Ceres L., Alonso I., López P.  
Ultrasound study of acute appendicitis in children with emphasis upon  
the diagnosis of retrocecal appendicitis.  
Pediatric Radiol. 1990, 20: 261 - 268.

- 9.- Rubin S. Z. Martin D.J.  
Ultrasonography in the management of possible appendicitis in childhood  
J. Pediatric Surg. 1990, 25: 737 - 740.
- 10.- Abu-Yousef M.M.  
Sonography of acute appendicitis: acritical review  
Crit. Rev. Diagn. Imaging 1989, 29: 381 - 408.
- 11.- Rothrock S. G. Skeoch G., Rush J.J.  
Clinical features of misdiagnosed appendicitis in children  
Ann Emerg. Med. 1991, 20: 45 - 50.
- 12.- Per Bagi, Evend D.  
Nonoperative management of the ultrasonically evaluated appendical mass  
Surgery 1989, 602 - 605.
- 13.- Boungard F. Landers V.D., Lewis F.  
Differential diagnosis of appendicitis and pelvic inflammatory disease  
Am J. Surg. 1985, 150: 90 - 95.
- 14.- Buchman G. R., Zuidema D. G.  
Reasons for delay of the daignosis of acute appendicitis  
Surg. Gynecol. Obstet. 1984, 158: 260 - 266.
- 15.- Kooi G. H., Pit S.  
Ceftazidima-Metronidazole versus Netilmicin-Metronidazole in the  
treatment of perfored appendicitis in children.  
Clin. Ther. 1990, 12: 54 - 60.
- 16.- De la Mora F. Sol María.  
Tesis Profesional: Apendicitis Perforada, complicaciones postoperatorias  
Revisión de 100 casos.  
Noviembre de 1989.

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