



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA  
División de Estudios de Postgrado  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO S.S.

REOPERACIONES EN APENDICITIS

T E S I S  
Para obtener el Título de Especialista en  
CIRUGIA GENERAL  
p r e s e n t a :  
DR. ADOLFO MIRANDA VENCES



Asesor de Tesis: Dr. Roberto Pérez García

México, D.F.

Enero 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.



TUTOR:

DR. ROBERTO PEREZ GARCIA

JEFE DE LA DIVISION DE CIRUGIA GENERAL H.J.M.-S.S.

SECRETARIA DE SALUD  
HOSPITAL JUAREZ DE MEXICO  
DIVISION DE ENSEÑANZA

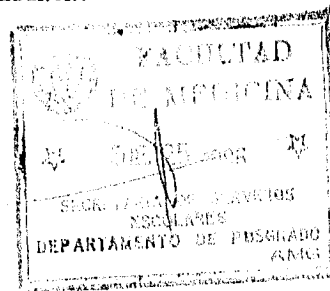
PROFESOR TITULAR DEL CURSO UNIVERSITARIO DE CIRUGIA GENERAL  
U.N.A.M.

*Castro*

PARTICIPACION EN LA INVESTIGACION EN EL

ARCHIVO CLINICO Y BIBLIOGRAFICA:

DRA. MA. EUGENIA RUIZ CALDERON.



AGRADECIMIENTO:

A EL SR. ROBERTO REAL CRUZ, JEFE  
DEL ARCHIVO CLINICO EN EL H.J.M.  
POR LAS FACILIDADES BRINDADAS  
PARA LA ELABORACION DE ESTE  
TRABAJO.

DEDICATORIAS

\* A MI AMIGO Y MAESTRO EL DR. JUAN GIRON MARQUEZ

MOTIVO DE INSPIRACION Y PARTE FUNDAMENTAL EN MI FORMACION DE CIRUJANO.

\* AL MAESTRO ROBERTO PEREZ GARCIA

SABIO GUIA, FORJADOR DE CIRUJANOS, QUIEN ME SUGIRIO LA IDEA DE ESTE TRABAJO.

\* A MI MADRE (ERNESTINA) Y HERMANOS: LEONEL, ISRAEL, SERGIO, MARTHA, JOSE LUIS, FRANCISCO JAVIER, QUIENES SIEMPRE M E HAN DADO APOYO MORAL Y FISICO, ADEMAS DE SU CARIÑO.

\* A MI HIJO MIGUEL ANGEL

QUIEN SIEMPRE ESTARA EN MI CORAZON

## **INDICE**

**I. Introduccion**

**II. Antecedentes:** - Anatómicos

- Patología; Apendicitis y apendicectomía

- Reoperaciones en apendicitis

**III. Síntesis del proyecto**

**IV. Palabras claves**

**V. Razones para desarrollar la investigación**

**VI. Objetivos**

**VII. Hipótesis**

**VIII. Finalidad**

**IX. Método:** - Investigación de la literatura

- Recolección de datos

- Método de selección de participantes

- Criterios de inclusión y exclusión

- Universo y muestra

**X. Resultados**

**XI. Análisis**

**XII. Conclusiones**

## INTRODUCCION

La importancia de la enfermedad apendicular, como causa de morbilidad, se demuestra con el hecho de que la apendicitis aguda, afecta al 7%<sup>5</sup> de la población general, alcanzado hasta un 45% de los procedimientos quirúrgicos de emergencia en hospitales generales; a pesar de lo cual, permanece siendo un verdadero reto diagnóstico (por error y/o retardo) con un índice promedio de perforación apendicular del 30%<sup>6,29</sup> y que en preescolares se reporta hasta de un 90%,<sup>19,20</sup> lo que conduce a un retraso de su tratamiento quirúrgico, la apendicectomía, dando un promedio de complicaciones del 20%<sup>6</sup>, entre los que destacan los abscesos residuales y las oclusiones secundarias a bridas, que serán posteriormente de las causas más frecuentes de reoperaciones en apendicitis.<sup>5</sup>

## ANTECEDENTES

**Anatómicos:** La primera representación anatómica del apéndice vermiforme fue en los dibujos de Leonardo Da Vinci en 1492. En 1521 Berengario Da Capri es el primero en describirlo. Y es Andreas Vesalius en 1543 quien realiza ambas cosas, publicándolo en su trabajo "De Humanis Corporis Fabrica".<sup>21</sup>

**Patológicos:** Apendicitis y apendicectomía, La historia de la apendicitis aguda es tan vieja como el hombre; una momia Egipcia de la era Bizantina exhibe adhesiones en el cuadrante inferior derecho. Es Jean Fernel en 1544 el que realiza la

primera descripción de un cuadro de apendicitis. En el siglo XVI se utiliza el termino "Peritiflitis", para indicar un proceso inflamatorio, originado en el ciego. En 1711 Lorenz Heister describe un apéndice perforado con absceso. En diciembre de 1735 Claudius Amyand realiza la primera apendicectomía. Y en 1824 Louyer Villermy realiza la descripción de dos apéndices gangrenosas en la Real Academia Médica de Paris. En 1827 Francois Melier, menciona que la inflamación del apéndice, es causa del tumor iliaco purulento. A pesar de estos adelantos, se continuo pensando que la mayoría de los procesos patológicos de la fosa iliaca derecha, se originaba en o alrededor del ciego, denominandosele tiflitis, paritiflitis o absceso paratiflico. Y es hasta el 18 de junio de 1886 en que Reginal Haber Fitz, profesor de anatomía patológica en la Universidad de Harvard, quien le da su lugar como patología quirúrgica de urgencia. Al presentar su trabajo "La inflamación y perforación del apéndice vermiforme", en la primera reunión de la Asociación de Médicos Americanos efectuada en Washinton D.C., utilizando por primera vez el término de apendicitis, haciendo mención especial sobre el diagnóstico y tratamiento temprano removiendo el apéndice, publica su trabajo en octubre de 1886.<sup>21</sup> (Cuadro No. 1)

**Reoperación en apendicitis:** En la literatura médica en las lenguas Inglés y Español (Sistema MEDLINE) de 1966 a 1995 se encontraron escasas siete referencias bibliográficas con el título reoperaciones en apendicitis o relaparotomía en apendicitis, siendo la primera en lengua Italiana (1977), dos en

Alemán (1982 y 1983), 1 en Ruso (1986), una en Francés (1993) y dos en Español (ambos en 1993),<sup>1-7</sup> todas con resumen en Inglés. En este mismo lapso (de 1966 a 1995), aparecen cuando menos una decena de referencias de apendicitis, haciendo mención de la reoperación en su contenido: En Inglés 6, en Francés 2, una en Alemán y 1 en Ruso<sup>8-18</sup> (igualmente con resumen en Inglés). En todas estas series, se menciona a la perforación apendicular como principal condicionante de complicaciones, con una frecuencia de reoperación en apendicitis de 0 a 6%,<sup>5,8,9,10,16,22</sup> encontrándose en más del 50% de las veces, el absceso residual y la oclusión de intestino delgado, secundaria a bridas,<sup>5,17</sup> otras menos frecuentes como son: evisceración, perforación de ciego, intususcepción, hematoma retroperitoneal infectado, mucocèle apendicular secundario a cistadenocarcinoma<sup>14</sup> y más reciente, por muñón apendicular largo posterior a apendicectomía laparoscópica.<sup>16,18</sup>

Ya que el apéndice perforado, es el mejor indicador de complicaciones, el primer enfoque medico-quirúrgico, se debe encaminar a disminuir la frecuencia de perforación apendicular, identificando las causas que conducen a error y/o retraso diagnóstico del paciente con apendicitis aguda.



CUADRO 1: ANTECEDENTES

I. Anatómicos: apéndice vermiforme		
Leonardo Da Vinci	1492	Representación anatómica
Berengario Da Capri	1521	Descripción anatómica
Andreas Vesalius	1543	Representación y descripción
II. Patológicos: Apendicitis y apendicectomía		
Momia egipcia	Era bizantina	Adhesiones en el cuadrante inferior derecho
Jean Fernel	1544	Descripción de un cuadro de apendicitis.
Siglo	XVI	"Peritiflitis": proceso inflamatorio originado en el ciego.
Lorenz Heister	1711	Descripción de apéndice perforado con absceso.
Claudius Amyand	1735	Apendicectomía
Louyer Villermay	1824	Descripción de apéndices gangrenados.
Francois Melier	1827	Apéndice inflamado, causa del tumor iliaco purulento.
Reginal Heber Fitz	1886	Utiliza el termino apendicitis, menciona el diagnóstico y tratamiento temprano con remoción de el apéndice

#### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

El hecho de observar que el error y/o retraso diagnóstico en la apendicitis aguda, conlleva a una alta frecuencia de perforación apendicular, lo que está estrechamente relacionado con las complicaciones posapendicectomía y estas a su vez con las reoperaciones en apendicitis y a una mayor morbi-mortalidad.

#### **SINTESES DEL PROYECTO**

Revisar el número de reoperaciones en apendicitis en el período comprendido de Enero de 1991 a Diciembre de 1993, identificando sus causas, en el Hospital Juárez de México, de la S.S. con revisión de la literatura universal.

#### **PALABRAS CLAVE**

Apendicitis, apendicectomía, complicaciones, reoperación.

#### **RAZONES PARA DESARROLLAR LA INVESTIGACION**

- Escasez de publicaciones de reoperaciones en apendicitis
- Establecer una casuística de reoperaciones en apendicitis en el Hospital Juárez de México, D.F.
- Sugerir probables errores y/o retrasos diagnósticos en la apendicitis aguda, con sus consecuentes complicaciones.

#### **OBJETIVOS**

- Identificar el tipo y frecuencia de complicaciones posapendicectomía que conduce a la reoperación en apendicitis en el Hospital Juárez de México S.S.
- Identificar las principales causas que conducen a las complicaciones posapendicectomía con posterior reoperación.

#### **HIPOTESIS**

- El tipo y frecuencia de complicaciones posapendicectomía no difieren a las encontradas en la literatura.
- Las causas que conducen a complicaciones posapendicectomía con posterior reoperación, son semejantes a las descritas por otros autores.

#### **FINALIDAD**

Tratar de establecer el estudio metodológico más exacto, para disminuir el error y/o retraso diagnóstico del paciente con apendicitis.

#### **METODO**

**Investigación de la literatura:** Se efectuó una investigación de la literatura médica universal para identificar las publicaciones de reoperaciones en apendicitis en la base de datos electrónicos. Estudios no publicados, o publicados que carecieran del resumen en Inglés, no fueron considerados.

**Recolección de datos:** Se llevó a cabo revisando los censos de las urgencias quirúrgicas en el Hospital Juárez, México S.S. de Enero de 1991 a Diciembre de 1993, identificándose los expedientes de pacientes operados de apendicitis, se revisaron los expedientes de los pacientes reoperados, obteniéndose la información de las siguientes variables: edad, sexo, síntomas y signos (evolución y cronología), laboratorio (BH, y EGO), gabinete (placa simple de abdomen), grado de apendicitis, antecedentes quirúrgicos, causa de reoperación en apendicitis, recabándose los siguientes datos en hojas de concentración con técnica de paloteo.

#### **UNIVERSO**

La población de pacientes atendida en el Hospital Juárez el cual es un centro de referencia, para afecciones de resolución quirúrgica.

#### **MUESTRA**

Pacientes reoperados en el Hospital Juárez de México con antecedentes de apendicectomía.

#### **METODO DE SELECCION**

Los pacientes con laparotomía previa, exclusivamente por apendicectomía.

#### CRITERIOS DE INCLUSION

Pacientes con laparotomía previa por apendicectomía, realizada en el Hospital Juárez de México, o en otra institución de referencia para procedimientos quirúrgicos de emergencia.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

Pacientes con laparotomías previas por causas diferentes a la apendicitis aguda. Pacientes con laparotomía previa por apendicitis que presentaron oclusión intestinal como causa de la reoperación, que además tengan laparotomías por causas diversas (ejemplo, cirugía pélvica, colectomía, colecistectomía, etc.).

#### MATERIAL

El estudio se efectuó en el Hospital Juárez S.S. de la Ciudad de México el cual es un centro de referencia para afecciones de resolución quirúrgica. Nosotros revisamos, los expedientes de los pacientes en lo que se realizaron procedimientos quirúrgicos de emergencia de Enero de 1991 a Diciembre de 1993 identificándose 761 casos a los cuales se les realizó apendicectomía se incluyeron en el presente estudio a los pacientes en que se efectuó reoperación por apendicectomía en una o más ocasiones, recabándose los datos concernientes a: el sexo, edad, manifestaciones clínicas (síntomas y signos, haciendo énfasis en la evolución del cuadro de apendicitis aguda, así como en la cronología de los síntomas, la presencia o ausencia de fiebre y en los datos de irritación peritoneal, se consignaron

los estudios de laboratorio (biometría hemática (BH), examen general de orina (EGO), y química sanguínea (QS) y gabinete (placas simples de abdomen (PSA), ultrasonografía (US) de abdomen) más relevantes con relación al padecimiento, antibióticos, técnica y hallazgos quirúrgicos.

#### RESULTADOS

Durante el periodo consignado se realizaron 21 reoperaciones en apendicitis a 18 pacientes. De los cuales 8(44.4%) son del sexo masculino y 10(55.5%) son del sexo femenino, (Cuadro No. 2) el promedio en la edad fue de 26.5 años con un rango de 2.5 a 77 años (Cuadro No. 3). En el 72.2% (13/18) de los pacientes reoperados el tiempo de evolución de el cuadro de apendicitis aguda fue mayor de 24 hrs, con un rango de 12 horas a 21 días (Cuadro No. 4). De las manifestaciones clínicas: el dolor abdominal se presenta en el 100% (18/18) localizada a la fosa iliaca derecha en el 82.3% (14/17) presentándose en forma difusa en los restantes; se presento: anorexia, nausea o vomito en el 94.5% (17/18) (Cuadro No. 5). Según la cronología el dolor abdominal se presento como síntoma inicial en el 94.4% (17/18) de los pacientes, y solo en el 5.5% (1/18) estuvo presente, anorexia, nausea o vomito, como síntoma inicial. La fiebre (>37.5°C) se registro en el 94.1% (16/17) (Cuadro No. 6). A la exploración física el 82.3% (14/17) mostró signos compatibles con apendicitis (hiperestesia, hiperalgesia, rigidez muscular, signos positivos: Mc Burney, Rovsing, Psoas, Obturador y en el 70.5% (12/17) se encontró datos de irritación peritoneal (Von Blunberg)

(descompresión abdominal positiva). El tacto rectal y/o vaginal se encontró con hallazgos positivos en el 30% (5/17). De los datos de laboratorio, en la biometría hemática se observó elevación de los leucocitos (mayor de 10000 leuc/mm<sup>3</sup>) en el 100% (16/16) y de estos el 81.3% (13/16) con cifra superior a 15000 leuc/mm<sup>3</sup> (Cuadro No. 7). En el gabinete; en la placa simple de abdomen (PSA) se encontraron hallazgos radiológicos que apoyaban el diagnóstico de apendicitis en el 93.3% (14/15) de los pacientes. (Cuadro No. 8). El abordaje quirúrgico fue por incisión paramedia derecha en el 70.6% (12/17), media infraumbilical en el 17.6% (3/17), Rocky-Davis 5.9% (1/17) y Mc Burney 5.9% (1/17). La ligadura del muñon apendicular fue con técnica Oschner 75% (12/16), Pouchet 18.75% (3/16) y Halsted 6.25% (1/16). El manejo de antibióticos sólo se reporto en 3 casos: 2 con absceso residual y 1 de oclusión intestinal secundario a bridas, a base de triple esquema: metronidazol, amikacina o gentamicina y penicilina o cefalosporina.

**Causas de reoperación:** En 7 (33.3%) la causa fue: presencia de abscesos residuales, localizados en pelvis 4 (57.1%), en flanco derecho 2 (28.5%), subdiafragmatico uno (14.2%). En otros 7 casos (33.3%) la causa era oclusión intestinal, 6 de los cuales son secundarios a bridas y uno a un linfagioma intestinal (corroborado por histopatología), no identificado durante la primera intervención. Los últimos 7 casos (33.3%) fueron por dehiscencia de la herida quirúrgica, de los cuales en un paciente se acompaña de infección de la herida quirúrgica, en otro de la formación de hematoma de la herida quirúrgica, se encontraba en

anticoagulación con heparina, debido a que desarrollo tromboembolia pulmonar. (Cuadro No. 9)

De los pacientes reoperados en el 83.3% se trato de pacientes con apéndices perforados. (grado II a III).

En esta serie se encontró que 11 de los 18 pacientes (61.1%) tienen consulta medica previa a el diagnóstico de apendicitis aguda (Cuadro No. 10) y de estos 54.4% (6/11) presentaron síntomas gastrointestinales (dolor tipo colico, diarrea y/o constipación) y 18.18% (2/11) presentaban síntomas urogenitales (disuria, tenesmo vesical, leucorrea).<sup>23</sup>

Aunque hay que mencionar, que en muchos de los expedientes no se consigna si se pregunta intencionadamente la sintomatología asociada al aparato urogenital o gastrointestinal, independiente del cuadro de apendicitis.



## RESULTADOS

### CUADRO 2 PORCENTAJE POR SEXO

SEXO	No. casos	%
Masculino	8	44.5
Femenino	10	55.5
TOTAL	18	100.0

### CUADRO 3 PORCENTAJE POR EDAD

EDAD	No. DE CASOS	%
< 10	1	5.5
11-20	9	50.0
21-30	2	11.2
31-40	3	16.6
41-50	1	5.5
> 50	2	11.2
TOTAL	18	100.0

### CUADRO 4 EVOLUCION EN HORAS EN EL CUADRO DE APENDICITIS AGUDA

HORAS	No. de casos	%
< 24	5	27.7
> 24	13	72.3
TOTAL	18	100.0

**CUADRO 5 APENDICITIS MANIFESTACIONES CLINICAS**

	No. paciente	%
Dolor abdominal	18 (18)	100
Anorexia, nausea, vomito	17 (18)	94.5
Fiebre	16 (17)	94.1
Signos de apendicitis	16 (18)	88.8

**CUADRO 6 CRONOLOGIA DE LOS SINTOMAS**

Cronología de los síntomas en el cuadro de apendicitis aguda			
	Inicial	Subsecuente	Tardío
Dolor abdominal	17/18 (94.5%)	1/18 (5.5%)	
Anorexia, nausea, vomito	1/8 (5.5%)		17/18 (94.5%)
Fiebre			16/17 (95%)

**CUADRO 7 LABORATORIO**

Laboratorio: Biometría hemática		
Leucocitos	No. pacientes	%
<5000		
5000 - 10000		
10001 - 15000	3	18.7
15001 - 20000	6	37.5
20001 - 25000	4	25.0
>25000	3	18.7
<b>TOTAL</b>	<b>16</b>	<b>100</b>

**CUADRO 8 HALLAZGOS RADIOLOGICOS**

Hallazgos radiológicos sugestivos de apendicitis aguda	
Borramiento del psoas	Apendicolito
Borramiento de líneas preperitoneales	Ileo: - Local; asa centinela (ileon) Dilatación del ciego y/o colon.
Aumento de densidad en FID	- Generalizado
Imagen de masa de tejidos blandos	Escoliosis antialgica
Compresión del ciego	Aire subdiafragmatico

FID: Fosa iliaca derecha

**CUADRO 9 CAUSAS DE REOPERACION EN APENDICITIS**

CAUSAS DE REOPERACION	No. CASOS	%
Abscesos residuales	7	33.3
- Pelvicos	4 (57.1%)	
- Flanco derecho	2 (28.5%)	
- Subdiafragmatico	1 (14.2%)	
Oclusión intestinal	7	33.3
- Secundaria a bridas	6	
- Linfagioma intestinal	1	
Dehiscencia de la H.Qx.	7	33.3%
- Sola	5	
- Con infección	1	
- Con hematoma	1	
<b>TOTAL</b>	<b>21</b>	<b>100.00</b>

H.Qx: Herida quirúrgica

**CUADRO No. 10 ERROR DIAGNOSTICO DEL CUADRO AGUDO DE APENDICITIS**

	No. PACIENTES	%
Consulta previa	11	61.1
Sin consulta previa	7	38.9
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>100.0</b>

## ANALISIS

Los pacientes reoperados representan el 2.35% (18/761) de el total de pacientes estudiados, lo que se encuentra en cifras intermedias a las reportadas en otras series: y aunque en nuestra serie, se observa un discreto predominio de reoperaciones en el sexo femenino, 55% versus 45% del masculino, esta diferencia es más importante de lo que parece, dado que el cuadro de apendicitis aguda se presenta en 2/3 partes, en el sexo masculino lo que nos indica, que la reoperación es más frecuente en el sexo femenino<sup>27,30</sup>, quizá debido a la dificultad diagnóstica inherente al sexo, durante la etapa reproductiva<sup>26</sup>, la mayor frecuencia de reoperados (61%) se encuentra en la 2da. y 3era. década de la vida, lo que corresponde a la frecuencia de apendicitis aguda, en series pediátricas y de adultos<sup>23,27</sup>. El 72% de los pacientes reoperados, presentaron un tiempo de evolución, mayor de 24 horas, lo que demuestra que este parametro, juega un papel importante en la perforación apendicular<sup>25</sup>.

Se reportan en algunas series hasta un 20% de perforación en las primeras 24 horas, y hasta 98% a las 48 horas.<sup>20,25</sup> En la presente serie se encuentra un 83.3% de perforación, evidenciada macroscópicamente, siendo quizá el factor más relevante como causa de complicaciones que lleven a la reoperación.

En el 95% de los pacientes se presento la cronología clásica de dolor epigástrico o umbilical, anorexia - náusea - vomito, dolor a la palpación y fiebre<sup>31</sup> y solo el 5% presenta anorexia náuseas o vomito como síntoma inicial. La fiebre se presenta en el 95% de nuestra serie y es considerada por algunos autores,

como evidencia de enfermedad avanzada (perforación y/o gangrena).<sup>24,28</sup> Y dado el alto porcentaje de fiebre en la presente serie apoya la referida por Janik en una serie de 1640 infantes.<sup>24</sup>

En el 83% (15/18) se encontraron datos compatibles con apendicitis, en el 72% (13/18) de irritación peritoneal y en el 50% evidencia en la exploración pélvica (tacto rectal y/o vaginal) datos muy semejantes a los reportados en otra serie<sup>29</sup>.

En los datos de laboratorio el 81% mostró leucocitosis mayor de 15000 cels/mm<sup>3</sup> lo que según Janik orientan también hacia una enfermedad avanzada.<sup>24,28</sup>

En los datos radiológicos se encontró positividad en el 97%, lo que se explica debido a que se trata de pacientes exclusivamente complicados. En el cuadro apendicular agudo se reportan hallazgos radiológicos en aproximadamente la mitad de los casos.<sup>27</sup>

De las causas de reoperación, nuestra casuística no difiere en forma significativa de la reportada en otras series ya que entre las causas más frecuentes que encontramos fueron el absceso residual y la oclusión intestinal secundaria a bridas (un 1/3 de las causas cada una, los restantes se debieron a dehiscencia de la herida con eviceración. El 2.4% encontrado en nuestra serie, es una cifra adecuada, pero factible de superar.

Llama la atención el hecho de que una alta cifra de nuestros pacientes, se encontraron con perforación macroscópica al momento de la operación, lo que identifica a esta como una causa estrechamente relacionada con reoperaciones en apendicitis.

En la literatura, se menciona que hasta un 50% de los casos con apendicitis, fueron vistos por un médico, sin establecerse el diagnóstico correcto,<sup>23.30</sup>. En nuestra casuística 61% (11/18) de los casos, tienen el antecedente de consulta previa, sin identificarse el diagnóstico de apendicitis, por lo que el error diagnóstico probablemente sea un factor determinante para las reoperaciones.

Ya que son variadas las técnicas quirúrgicas empleadas en la apendicectomía y pocos los casos reportados, se necesita de una serie más grande para llegar a alguna conclusión.

#### CONCLUSIONES

- \* 1. Hay una alta frecuencia de perforación apendicular en reoperaciones de apendicitis, lo que evidencia el reto en el diagnóstico temprano.
- \* 2. El diagnóstico debe ser eminentemente clínico y establecerse dentro de las primeras 24 horas (Sir Zacary Cope).
- \* 3. La cronología clásica del cuadro clínico, se presenta en la mayoría de los casos, aún en etapas tempranas de la vida (preescolares).
- \* 4. Hasta un 61% de los casos, fueron vistos por un médico sin establecerse el diagnóstico.
- \* 5. La mayoría de los errores diagnósticos, se deben a el antecedente de dolor abdominal recidivante, por gastroenteritis, enfermedad pélvica inflamatoria o infección de vías urinarias.
- \* 6. En caso de duda diagnóstica se deberá internar al paciente para su observación por 6 horas, lo cual reduce la incidencia de error diagnóstico.
- \* 7. Si la duda diagnóstica es en el sexo femenino, se puede optar por un abordaje selectivo, con laparoscopia diagnóstica (si se dispone de el recurso).
- \* 8. Se corroboran los datos de enfermedad avanzada: a) síntomas de más de 36 horas, b) fiebre  $>38^{\circ}\text{C}$ , c) leucocitos  $>13000$  cel/ $\text{mm}^3$ .
- \* 9. Las causas y la frecuencia de las complicaciones pos-apendicectomía, que conducen a la reoperación, son semejantes a las descritas en la literatura.



## REFERENCIAS

### Básicas y asociadas

1. Pettinato G: REOPERATION AFTER APPENDECTOMY, *Chir Ital.* 1977 29(6): 642-654.
2. Popp W: RELAPAROTOMY IN ILEUS FOLLOWINGS APPENDECTOMY IN CHILDREN *Zentralbl Chir, Germany East*, 1982, 107(3): 175-178
3. Hassler H. Aeberhard P; RELAPAROTOMY DUE TO SEVERE COMPLICATIONS FOLLOWING APPENDECTOMY, *Helv Chir Acta (Switzerland)*; 1983, 49(6): 821-824.
4. Myshkim KI; Bluvshstein GA; Derina II: RELAPAROTOMY AFTER APPENDECTOMY; *Khirurgiia (Mosk)*; 1986, 4:112-115.
5. Vargas D.A.; Ortega L.L.; Miranda F.P.; REOPERACIONES EN APENDICITIS *Rev. Gastroenterol Mex*; 1993, 58(4): 346-349.
6. Perez G.R.; Reoperaciones en apendicitis; *Rev. Gastroenterol Méx*; 1993, 58 (4): 337-339.
7. Hamdam M.; Johanet H; Marmuse JP; OBSTRUCCION OF DE SMALL INTESTINE CAUSED BY ADHESIONS AFTER APPENDECTOMY. Argument for repeated surgery as propose by Mc Burney; *Ann Chir (france)*, 1993; 47 (6): 507-509.
8. Sava G. Bouchet P.; Marescaux J: MORTALITY IN APPENDECTOMY ABOUT AN HOMOGENEOUS SERIES OF 5348. *Dem Hop (France)*; 1981, 57 (41-42): 1713-1718.
9. Vo N; Hall FM: SEVERE POST APPENDECTOMY BLEEDING; *Am.Surg.* 1983, 49 (10): 560-562.
10. Bennion RS; Thompson JE Jr: EARLY APPENDECTOMY FOR PERFORATED APPENDICITIS IN CHILDREN SHOULD NOT BE ABANDONED; *Surg. Ginecol Obstet*; 1987, 165 (2): 95-100.

11. Asbun H.J. Pempinello C; Halasz NA: SMALL BOWELL OBSTRUCTION AND ITS MANAGEMENT; Int Surg; 1989, 74 (1): 23-27.
12. Burnweit C; Bilik R; Shandling B: PRIMARY CLOSURE OF contaminated wound in perforated appendicitis; Pediatr Surg; 1991, 26(12): 1362-1365.
13. Holcomb GW 3d. Ross AJ 3d-; O'Neill JA Jr: POSTOPERATIVE INTU SSUSCEPTION: INCREASING FREQUENCY OR INCREASING AWARENESS? South Med J; 1991, 84 (11): 1334-1339.
14. Landen S.; Bertrand C.; Maddern GJ. APPENDICEAL MUCOCELES AND PSEUDOMYXOMA PERITONEI; Surg Ginecol Obstet; 1992, 175 (5): 401-40.
15. Meagher AP; Moller C; Hoffmann DC: NON OPERATIVE TREATMENT OF SMALL BOWEL OBSTRUCTION FOLLOWING APPENDECTOMY OR OPERATION ON OVARY OR TUBE; Br J. Surg; 1993, 80 (10): 1310-1311.
16. Metzger A; Wehrli H.: LAPAROSCOPY APPENDECTOMY: TECHNIQUES AND RESULTS IN SWITZERLAND; Helv Chir Acta (Switzerland); 1993, 59 (5-6): 927-932.
17. Skripnichenko DF; Shaprinskii VA; Beliaeva OA: RELAPAROTMY AFTER APPENDECTOMY; Klin Khir (USSR) 1992, 3: 53-55.
18. Devereaux D.A.; Mc Dermontt JP; Caushaj P.F. RECURRENT APPENDICITIS FOLLOWING LAPAROSCOPIC APPENDECTOMY REPORT OF A CASE. Dis. Colon Rectum, 1994, 37 (7): 719-720.

COMPLEMENTARIAS

19. Savrin A.R.; William C.H.; APPENDICEAL RUPTURE: A CONTINUING DIAGNOSTIC PROBLEM; Pediatrics; 1979, 63: 37-43.
20. Rappaport D.W.; Peterson M.; Stanton Ch.; FACTORS RESPONSIBLE FOR THE HIGH PERFORATION RATE SEEN IN EARLY CHILDHOOD APPENDICITIS; Am Surg; 1989, 602-605.
21. Rainey G.W.; A HISTORY OF APPENDICITIS; Ann Surg; 1983, 197 (5): 495-506.
22. Gorenstein A.; Gewurtz G.; Serour F; y Cols.; POSTAPPENDECTOMY INTRA-ABDOMINAL ABSCESS: A THERAPEUTIC APPROACH; Arch Dis child; 1994, 70: 400-402.
23. Buchman G.T.; Zuidema D.G.; REASONS FOR DELAY OF THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS; Surg Gynecol Obst; 1984, 158: 260-266.
24. Janik S.J.; Firor V.H.; PEDIATRIC APPENDICITIS; A 20 YEAR STUDY OF 1,640 CHILDREN; Arch Surg; 1974, 114: 717-719.
25. Temple L.C.; Huchcroft A.S.; Temple J.W.; THE NATURAL HISTORY OF APPENDICITIS IN ADULTS; A PROSPECTIVE STUDY; Ann surg; 1995, 221 (3): 278-281.
26. Maxwell J.M.; Ragland J.J.; APPENDICITIS: IMPROVEMENTS IN DIAGNOSIS AND TREATMENT; Am Surg; 1991, 57: 282-285.
27. Fragoso M.C.; Ramos M.E.; García M.R. y Cols; APENDICITIS AGUDA; ANALISIS CLINICO PATOLOGICO DE 200 CASOS; Rev Gastroenterol Mex.; 1993, 58 (4) 342-345.

28. Berne V.T.; Appleman D.M.; Chenella C.F.; SURGICALLY TREATED GANGRENOUS OR PERFORATED APPENDICITIS; Ann Surg; 1987, 205 (2): 133-137.
29. Berry J.; Malt A.R.; APPENDICITIS NEAR ITS CENTENARY; Ann Surg; 1985, 200 (5): 567-581.
30. Scher S.K.; Coil A.J.; THE CONTINUING CHALLENGE OF PERFORATING APPENDICITIS; Surg Ginecol Obst; 1980, 150: 535-538.
31. Silen W.: COPE'S EARLY DIAGNOSIS OF THE ACUTE ABDOMEN. 7TH Ed. New York: Oxford University Press, 1987: 3-106