



43
2ed- 11209

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL GENERAL TACUBA
I. S. S. S. T. E.

APENDICITIS COMPLICADA, RETRASO EN EL
DIAGNOSTICO POR AUTOMEDICACION.

TESIS DE POSGRADO

QUE PARA OBTENER EL TITULO EN LA
ESPECIALIDAD DE:
CIRUGIA GENERAL

PRESENTA:

DR. EDGARDO JIMENEZ FUENTES

ASESOR DE TESIS

DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA

258440

MEXICO, D. F.

1998

TESIS CON
FALLA DE CR.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

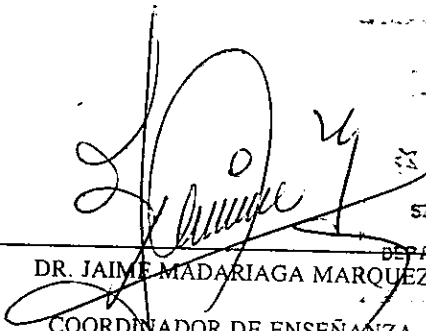
DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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.



DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA.
TITULAR DEL CURSO Y JEFE DE
CIRUGIA GENERAL DEL HOSPITAL
GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.
ASESOR DE TESIS.



DR. JAIME MADARIAGA MARQUEZ
COORDINADOR DE ENSEÑANZA
E INVESTIGACION DEL HOSPITAL
GENERAL TACUBA DEL ISSSTE.

SECRETARIA DE SERVICIOS
ACADEMICOS
DEPARTAMENTO DE POSGRADO

AGRADECIMIENTOS

- A mis padres porque a ellos debo todo lo que soy.
- A mis hermanos Pepe, Hugo, Mimí y Cesar por el apoyo infinito.
- A mi esposa Sandra por su comprensión en todo momento.
- A mis maestros por la enseñanza recibida.
- A mis compañeros por la competencia.
- A los pacientes, fuente inagotable del saber médico.

INDICE

Introducción.....	1
Justificación.....	5
Planteamiento del problema.....	6
Hipótesis.....	7
Objetivos.....	8
Marco teórico.....	10
Anatomía.....	12
Material y métodos.....	15
Resultados.....	17
Discusión.....	21
Conclusiones.....	23
Gráficas.....	24
Bibliografía.....	33

APENDICITIS COMPLICADA, RETRASO EN EL DIAGNOSTICO POR AUTOMEDICACION.

INTRODUCCION

La primer apendicectomía fué llevada a cabo por Amyand, médico de los hospitales Winminter y St. George, cirujano sargento de Jorge II (6). En 1736 operó a un niño de 11 años de edad que presentaba una hernia escrotal derecha acompañada de una fistula. Dentro del escroto halló el apéndice, perforado por un alfiler, el apéndice fué ligado, y lo, más probablemente de él fué resecaado y con recuperación del paciente. En 1755 Heister reconoció que el apéndice puede ser el sitio de inflamación aguda primaria. Describió en la necropsia del cuerpo de un criminal que había sido ejecutado y escribió: (6)

“Próximo a mostrar el intestino grueso, encontré el apéndice vermiforme del ciego negro; cuando estaba a punto de separarlo de sus membranas se abrieron y descargaron dos ó tres cucharadas de materia; es probable que esta persona tuviera dolor en ésta región”.

En 1824 Loyer-Villermay hizo una presentación en la real Academia de

Medicina de Paris titulada, "Observations of use inflammatory conditions of the caecal appendix", en la cual describió dos ejemplos de apendicitis aguda que había llegado a la muerte, en ambos casos en la necropsia el apéndice se halló negro y gangrenoso, mientras que el ciego estaba escasamente involucrado, tres años más tarde éstas observaciones fueron confirmadas por Melier. Desafortunadamente en este estudio el cuadro patológico se oscureció. Los trabajos de Husson y Dance en 1827, Goldbeck en 1830 y sobre todo Dupuytren en 1835 desarrollaron el concepto de inflamación originándose en el tejido celular que rodea al ciego, fué Goldbeck quién inventó el término de "peritiflitis", en lo cual se retardó mucho el progreso en la comprensión de ésta enfermedad. El primer texto en el cual se dió una descripción de los síntomas que acompañan a la inflamación y perforación del apéndice fué publicado por Brighth y Addison en 1839, los términos tiflitis y peritiflitis continuaron en uso hasta fines del siglo XIX, aparte fué Fitz (6) profesor de medicina en Harvard quién en 1886 hizo una descripción lúcida y lógica de los aspectos clínicos y describió en detalle los cambios patológicos de la enfermedad, también fué el primero en usar el término de apendicitis y escribió: "En muchos casos fatales de tiflitis, el ciego está intacto mientras que el apéndice está ulcerado y perforado, no debe dudarse en operar de inmediato, para que éste tratamiento dé un resultado bueno y debe aplicarse tempranamente.

En la evolución del tratamiento quirúrgico de la apendicitis, Hancock (6) en 1848, en Londres drenó exitosamente un absceso apendicular en una paciente que cursaba el octavo mes de embarazo a la cual comentó: "Puede ser prematuro sacar conclusiones de un solo caso, pero confío en que habrá de llegar el momento en el cual este plan será exitosamente empleado en otros casos de peritonitis, que producen derrame, el cual habitualmente es fatal.

Parker 1867 (6) en New York aconsejaba una incisión más temprana del absceso apendicular, luego de la publicación de su trabajo aparecieron muchos similares. Desde el punto de vista de la prioridad, Sheperd (6) ha demostrado que en 1880 Tait de Birminhan operó a un paciente de apendicitis gangrenosa y extirpó el apéndice, con una recuperación adecuada. Sin embargo Tait no registró este caso sino hasta 1890. El crédito por el primer relato publicado de una apendicectomía debe darse a Kroenlein en 1886 (6).

En 1887 Morton (6), de Filadelfia, diagnosticó y extirpó un apéndice igualmente inflamado, y ubicado en una cavidad abscedada. Dos años más tarde Mc Burney (6) en Nueva York se convirtió en el pionero en el diagnóstico e intervención quirúrgica tempranos y también diseñó la incisión que lleva su

nombre. La intervención temprana fué popularizada por Murphy en Chicago. Ambos cirujanos fueron los pioneros en la extirpación del apéndice antes que se produjera la perforación. Rápidamente se hizo evidente que mientras los resultados de la apendicectomía, en caso de apéndice agudamente inflamado no perforado eran satisfactorios, llegando a la conclusión de que la tasa de mortalidad quirúrgica por casos perforados más avanzados con peritonitis era muy alta. A principios de este siglo Oschner en Chicago y Sherren en The Hospital London aconsejaban tratamiento conservador en éstos casos. Afortunadamente el descubrimiento de los antibióticos resolvió la controversia entre las escuelas de manejo conservador y cirugía activa en éstos casos.

JUSTIFICACION

Se presenta este trabajo sobre el retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda, debida a automedicación lo que condiciona cuadros de grado avanzado de apendicitis, aumentando días de estancia, complicaciones postquirúrgicas, incrementando los gastos de hospitalización y por supuesto aumento en la morbimortalidad.

PROBLEMA

Advertir que el uso de medicamentos administrados, por parte de los mismos pacientes, retrasa el diagnóstico de apendicitis aguda, lo cual ocasiona se presenten con grados avanzados de la enfermedad.

HIPOTESIS

Cuando existe retraso en el diagnóstico de apendicitis aguda por automedicación, habrá complicaciones inherentes al tiempo de inicio de los síntomas y la resolución quirúrgica, aumentando la morbimortalidad.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Revisar los expedientes de todos los pacientes que hayan ingresado al Hospital Tacuba del ISSSTE durante 1994 con diagnóstico de apendicitis aguda seleccionando dos grupos para comparar retraso en el diagnóstico por automedicación en uno y ausencia de ésta en otro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Formar dos grupos de pacientes para comparar las diferencias entre retraso en el diagnóstico de apendicitis por automedicación en uno y ausencia de esta en el otro.
2. Conocer los medicamentos más usados por los pacientes.
3. Identificar los signos, síntomas y leucocitosis encontrados en estos pacientes.
4. Identificar la fase de la apendicitis de acuerdo al tiempo de evolución.
5. Reportar que tipo de apendicectomía se realizó, de acuerdo con la patología quirúrgica encontrada.
6. Investigar uso de drenaje, tiempo y tipo en cada grupo.

7. Determinar las complicaciones postoperatorias para cada uno de los grupos.
8. Reportar los días de estancia de estos pacientes.

MARCO TEORICO

La apendicitis aguda es una de las causas más comunes de emergencia abdominal aguda y es responsable de aproximadamente el 1% de todas las operaciones quirúrgicas. Rara durante la lactancia, la apendicitis se torna más común en el transcurso de la niñez y alcanza su máxima incidencia entre los 10 y 30 años (7). Después de los 30 años declina la incidencia, pero la apendicitis puede ocurrir en individuos de cualquier edad. En adolescentes y adultos jóvenes la proporción hombres:mujeres es de aproximadamente 3:2. Después de los 25 años, esa relación declina gradualmente hasta que la proporción entre sexos se iguala hacia los 35 años. La teoría más aceptada acerca de la patogenia de la apendicitis aguda, dice que es el resultado de la obstrucción seguida de infección. La luz apendicular se obstruye debido a hiperplasia de folículos linfáticos, por un fecalito, cuerpo extraño, constricción, tipos de tumor u otra patología. Una vez obstruida la luz del apéndice, la secuencia de acontecimientos que lleva a la apendicitis aguda probablemente sea la siguiente: En la luz del apéndice se acumula mucus y aumenta la presión por acción de bacterias virulentas, mientras que la secreción combinada con la relativa inelasticidad de la serosa que lleva a un aumento de la presión intraluminal en forma adicional. Esto da por resultado la obstrucción del drenaje linfático que

lleva al edema del apéndice, la diapédesis bacteriana y la aparición de úlceras mucosas (8). Durante éste estadio la enfermedad todavía está localizada en el apéndice, por ello el dolor que percibe el paciente es visceral y está localizado en el epigastrio o área periumbilical. Este dolor está acompañado generalmente de anorexia, náuseas y en ocasiones vómito. La secreción continua hacia la luz, lleva un aumento adicional de la presión intraluminal que produce obstrucción venosa, aumento del edema y además isquemia del apéndice. Las bacterias se diseminan a través de la pared del apéndice sobreviniendo entonces apendicitis aguda supurativa (4).

Se produce dolor somático cuando la serosa inflamada del apéndice se pone en contacto con el peritoneo parietal y da por resultado el clásico desplazamiento del dolor hacia el cuadrante inferior derecho. Al continuar éste proceso patológico, ocurren trombosis venosa y arterial en la pared del apéndice, dando por resultado apendicitis gangrenosa. En éste estadio se producen pequeños infartos que permiten el escape de bacterias y contaminación de la cavidad peritoneal. El estadio final en el avance de la apendicitis aguda es la perforación a través de un infarto gangrenoso y la dispersión del pus acumulado a la cavidad peritoneal, lo cual aumenta la morbilidad y mortalidad peritoneal (2) (3).

ANATOMIA

El apéndice se origina en la superficie posteromedial y posterointerna del ciego, aproximadamente 2.5 cm por debajo de la válvula ileocecal. Es el único órgano del cuerpo que no tiene una posición anatómica constante; de hecho su único aspecto constante es la forma de origen a partir del ciego, originándose en el sitio en el cual se unen las tres tenias (bandeletas) del colon (1). Su longitud varía considerablemente de 1 a 25 cm, con un promedio de 5 a 10 cm.

Las diversas posiciones del apéndice son: Paracólica, retrocecal, preileal, posileal, promontórica, pelviana y medio inguinal o subcecal. Según Wakeley (1933) (2) en un análisis de 10,000 casos encontró postmortem al apéndice, retrocecal en un 65.5%, pelviana derecha y posileal 0.4%. Williamson y col. (1981) (2) hallaron que de 105 apéndices retrocecales extirpados en cirugía 12 (11.4%) se extendían retroperitonealmente. En esta posición el apéndice puede extenderse hacia arriba hasta el riñón y en 2 de estos 12 casos los pacientes refirieron dolor en el flanco derecho.

El apéndice puede situarse en el cuadrante inferior izquierdo en casos

de trasposición de vísceras. Aquí la clave puede ser la observación de dextrocardia (6).

Un apéndice particularmente largo puede extenderse hacia el lado izquierdo del abdomen y si está inflamado puede producir dolor en fosa iliaca izquierda. En casos de malrotación del intestino, cuando el ciego no desciende a su posición normal, el apéndice puede hallarse en el epigastrio, colindante con el estómago o debajo del lóbulo derecho del hígado.

Robinson (1952) (2) al informar un caso de ausencia congénita del apéndice, pudo reunir otros 68 ejemplos, una cifra suficientemente significativa de la gran rareza de esta condición.

La duplicación del apéndice es una anomalía extremadamente rara y se han informado menos de 100 casos (Khanna 1983) Wallbridge (1962) (22) clasificó la duplicación del apéndice en tres tipos. El tipo A consiste en una duplicación parcial del apéndice en un ciego simple. En el tipo B hay un solo ciego con dos apéndices totalmente separados. Este tipo se subdivide en B1, que también se denomina "apéndice simil pájaro" debido a la disposición normal en pájaros, en los cuales hay dos apéndices simétricamente ubicados a

cada lado de la válvula ileocecal, y B2 en el cual un apéndice se origina en el sitio usual en el ciego, y otro rudimentario, se origina en el ciego a lo largo de una línea de una bandeleta colónica. En el tipo C hay un doble ciego, cada uno con un apéndice. Tinckler (1968) (2) ha descrito un caso de triple apéndice, asociado con pene doble y vejiga ectópica.

Embriológicamente el apéndice forma parte del ciego, del cual constituye el extremo distal y al cual se asemeja mucho histológicamente, con la excepción de que contiene un exceso de tejido linfático en la capa submucosa. El mesenterio del apéndice es contiguo a la hoja inferior del mesenterio del intestino delgado y pasa por debajo del ileon terminal. La arteria apendicular corre el borde libre del mesenterio del apéndice y es una rama de la arteria ileocólica. Esto representa toda la irrigación arterial del órgano y la trombosis de ésta arteria en una apendicitis aguda inevitablemente da como resultado gangrena y posterior perforación (8) (9).

Las venas del apéndice drenan en la vena ileocólica, que a su vez drena en la vena mesentérica superior, y los vasos linfáticos drenan en los ganglios ileocecales (8).

MATERIAL Y METODOS

Del 1o. de enero de 1994 al 31 de diciembre de 1994 se revisaron 100 expedientes de pacientes que ingresaron al Hospital General Tacuba del ISSSTE con diagnóstico de apendicitis aguda. Se incluyeron para este estudio de tipo básico, exploratorio clínico, longitudinal, retrospectivo y comparativo a dos grupos, formados por 40 sujetos cada uno.

Tomando en cuenta para el primer grupo: a aquellos pacientes con retraso en el diagnóstico de apendicitis por automedicación.

Para el segundo grupo fueron aquellos pacientes con diagnóstico temprano de apendicitis sin automedicación.

CRITERIOS DE INCLUSION

- El rango etario del presente estudio fluctua entre los 2 y 80 años (Gráfica # 1).
- Se tomará en cuenta los siguientes datos: inclusión
- Dolor en fosa iliaca derecha, detección de masa palpable en FID, náusea, vómito, estreñimiento, diarrea, hipertermia igual o mayor a los 38°C,

- taquicardia y dolor abdominal generalizado, y leucocitosis.
- Se reportarán los medicamentos más usados por los pacientes previamente al diagnóstico certero.
 - Se reconocen las complicaciones secundarias, fase encontrada de apendicitis, tipo de apendicectomía realizada, uso de drenaje en cada grupo.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- Pacientes con patología ginecológica.
- Pacientes fuera del rango etario.
- Cuadro clínico no bien definido.

RESULTADOS

Del primer grupo formado de 40 pacientes de los cuales 23 (57%) fueron hombres y 17 (43%) mujeres. Se realizó el diagnóstico en un lapso de 36 hrs. desde el inicio del cuadro al momento de presentación al hospital en 15 pacientes (37%) en 48 hrs. A 17 (42.9%), en 72 hrs. A 7 (17.5%), y más de 72 hrs. Se encontró 1 (2.5%). Rango etario 2-80 años.

De los medicamentos usados por propia cuenta fueron metronidazol, trimetoprim con sulfametoxazol, ampicilina, naproxen y butilioscina. En forma asociada; trimetoprim con sulfametoxazol más butilioscina, naproxen y trimetoprim, metronidazol más butilioscina, ampicilina más butilioscina y por último ampicilina y naproxen. Los datos clínicos a los cuales se basó el diagnóstico fueron:

Dolor en fosa iliaca derecha en 40 pacientes (100%), detección de masa palpable en FID en 16 (40.0%); hiporexia 27 (67.7%), nausea 26 (65%), vómito 24 (60%), estreñimiento 25 (63%) diarrea 7 (17%), fiebre de 38°C en 28 (70%), taquicardia en 30 pacientes (75%), leucocitosis en 40 (100%) con un rango

entre 17,000 y 28,000 aproximadamente. (Gráfica # 3)

Los hallazgos patológicos encontrados fueron: apendicitis en fase supurativa 24 (60%), 10 pacientes con apendicitis en fase abscedada y necrosada (25%), apendicitis necrosada y perforada en 6 (15%). De éstos pacientes uno presentaba necrosis y perforación con salida de un fecalito a cavidad peritoneal y por ende una peritonitis generalizada, lo que aumentó su estancia hospitalaria a 18 días, ya que había desarrollado un absceso de pared.

En relación al tipo de drenaje observamos el uso de penrose en 36 pacientes (90%) y no se usó en 4 (10%).

Los tipos de apendicectomía fueron las siguientes:

De los 21 pacientes con apendicitis supurada se realizó a 11 técnica de Halsted y a 10 técnica de Z de Zuckerman. (Gráfica # 5)

De los 10 pacientes con apendicitis abscedada y necrosada se realizó técnica de Halsted a 6 por encontrarse respetada la base y comprometida en su tercio medio y distal y 4 con técnica de Pouchet por encontrarse comprometida la base.

9, de éstos se realizó técnica de Pouchet a 4 por estar comprometida la base; y a 5 técnica de Z de Zuckerman por estar comprometida en su tercio distal exclusivamente.

De las complicaciones encontradas en este grupo fueron: Seroma de la herida quirúrgica en 10 pacientes (25%) con un periodo de estancia hospitalaria de 4 a 6 días aproximadamente; presencia de ileo postoperatorio en 9 (22.5%) con una estancia hospitalaria de 7 a 11 días y finalmente el absceso de pared se presentó en 21 (52.5%) con una estancia hospitalaria de 12 a 18 días. (Gráfica # 6).

En relación al segundo grupo, también formado por 40 pacientes (21 hombres (55%) y 19 mujeres (45%)), se encontró que el diagnóstico se realizó dentro de las primeras 24 hrs. de inicio de los síntomas hasta su admisión hospitalaria en todos los pacientes. Se tomaron en cuenta los siguientes datos para el diagnóstico durante el ingreso:

Dolor en fosa iliaca derecha en 40 pacientes (100%), detección de masa palpable en FID en 3 (17.5%), hiporexia en 23 (57.7%), náusea en 28 (70%), vómito en 28 (70%), estreñimiento en 29 (72.5%), diarrea en 5 (12.5%), fiebre de 38°C en 13 (32.5%), taquicardia en 24 (60%), leucocitosis en 40 (100%) con

de 38°C en 13 (32.5%), taquicardia en 24 (60%), leucocitosis en 40 (100%) con un rango entre 11,000 y 16,000 aproximadamente.

La patología quirúrgica encontrada en este grupo fué:

En fase edematosa 32 pacientes (80%), en fase supurativa 5 (12.5%), y 3 (7.5%) en los que se encontró apéndice cecal sano.

El uso de drenaje tipo penrose se usó en 4 pacientes (10%). La técnica en apendicectomía realizada fué:

Halsted en 27 (65.5%), y Z de Zuckerman en 13 (32.5%).

Las complicaciones posquirúrgicas encontradas en este grupo fueron las siguientes:

Seroma de la herida quirúrgica en 3 pacientes con un período de hospitalización entre 4 a 6 días; y 37 (92.5%) en los que no se observó ninguna complicación con un periodo de hospitalización de 1 a 3 días en promedio.

DISCUSION

Desafortunadamente no existe literatura previa hecha sobre trabajos que hablen del retraso, en el diagnóstico de apendicitis aguda por automedicación, sin embargo hay algunos que reportan las bases anatómicas de localización del apéndice vermiforme, como sustento de tesis que demuestran que la evolución natural de cada una es diferente y que puede confundir al clínico durante la apreciación inicial y tener errores diagnósticos, condicionando con esto un retraso en el tratamiento quirúrgico aumentando notablemente la morbilidad.

También es sabido que una buena técnica propedeútica clínica es más valiosa que cualquier examen paraclínico, aunque en este estudio se observó las cifras de leucocitos mostrando diferencia significativa entre los dos grupos.

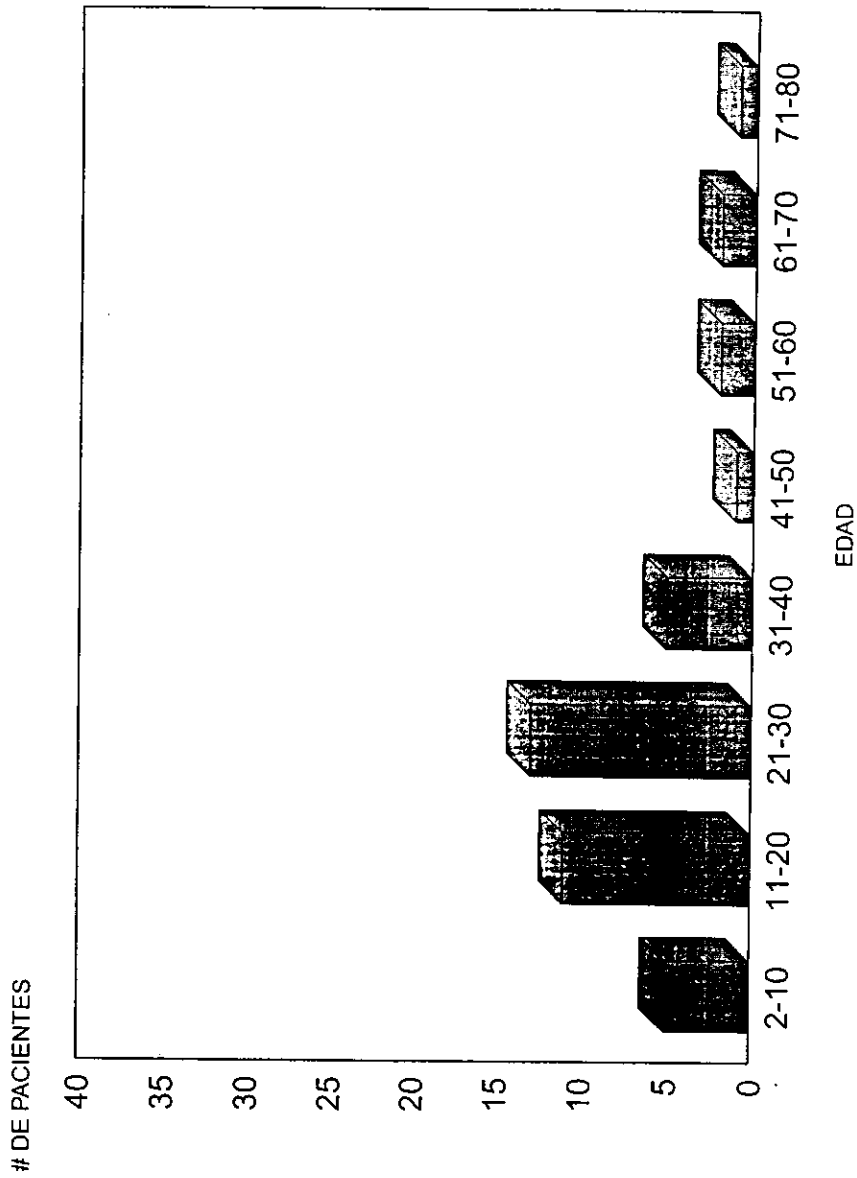
Se hace incapié en que todo paciente que curse con dolor abdominal, compatible con apendicitis aguda o sospecha de patología quirúrgica en fosa iliaca derecha (FID) no se deberá manejar con medicamentos que modifiquen el curso natural de dicha enfermedad, ya que como se ha visto, evolucionan hacia complicaciones que aumenta la morbilidad y empeoran el pronóstico, por lo que

se deberá actuar en forma inmediata y decisión quirúrgica ante pacientes que ya ingresen con automedicación durante un tiempo estimado mayor de 36 hrs, esto refleja una modificación cardinal que aumenta la posibilidad de que el paciente esté complicado.

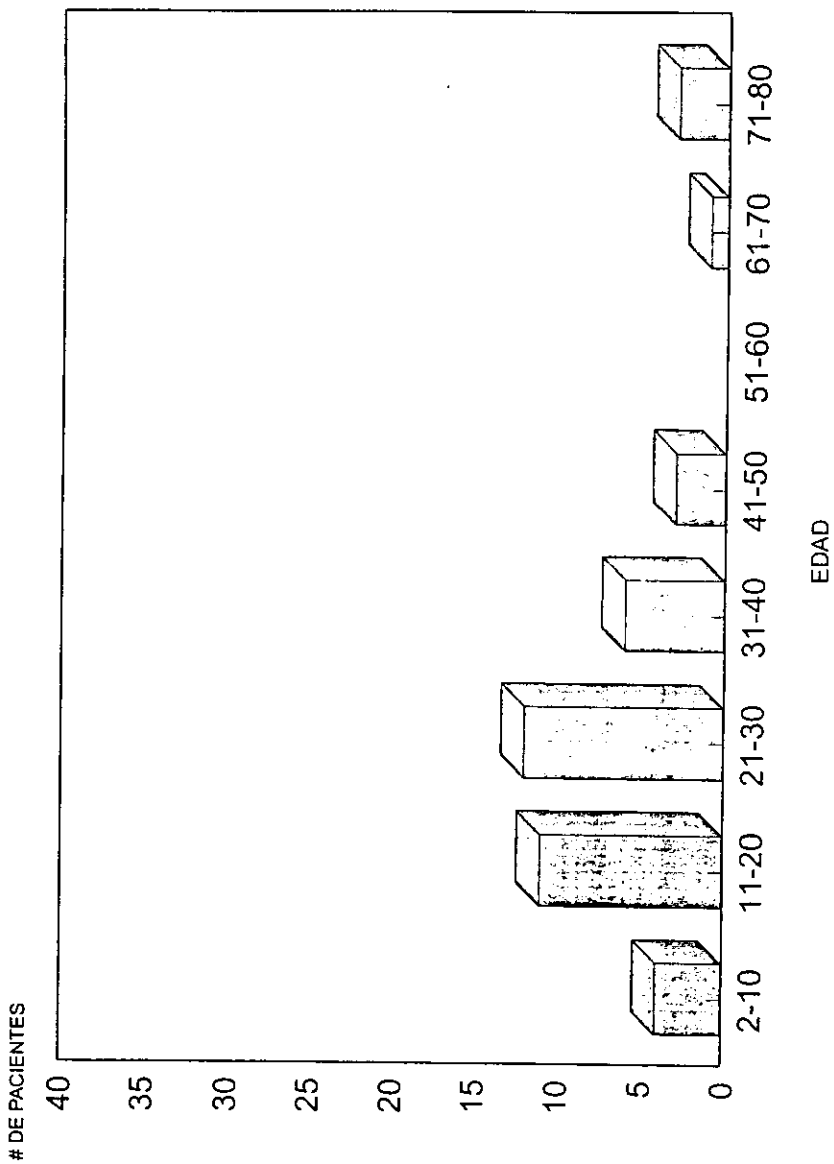
CONCLUSIONES

- 1.- El 42.9% (17) de los pacientes tenían aproximadamente unas 48 hrs de dolor abdominal compatible con apendicitis aguda y se automedicaron.
- 2.- Uno de los medicamentos que se usaron en forma única fué el metronidazol.
- 3.- La asociación de medicamentos más frecuentemente utilizada fueron trimetoprim con sulfametoxazol más butilhioscina.
- 4.- En todos los pacientes se presentó dolor en fosa iliaca drecha como dato cardinal.
- 5.- La patología quirúrgica más frecuentemente hallada fué apendicitis en fase supurativa, 52.5%.
- 6.- La técnica de apendicectomía más utilizada fué la de Halsted en un 65.5%.
- 7.- La complicación más frecuentemente observada en este estudio fué el seroma de la herida quirúrgica 32.5% y la necrosis y perforación apendicular aumentó notablemente el tiempo de hospitalización de 11 a 18 días.
- 8.- El 46.2% (37) de los pacientes permaneció hospitalizado un promedio de 3 a 5 días.

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD GRUPO # 2



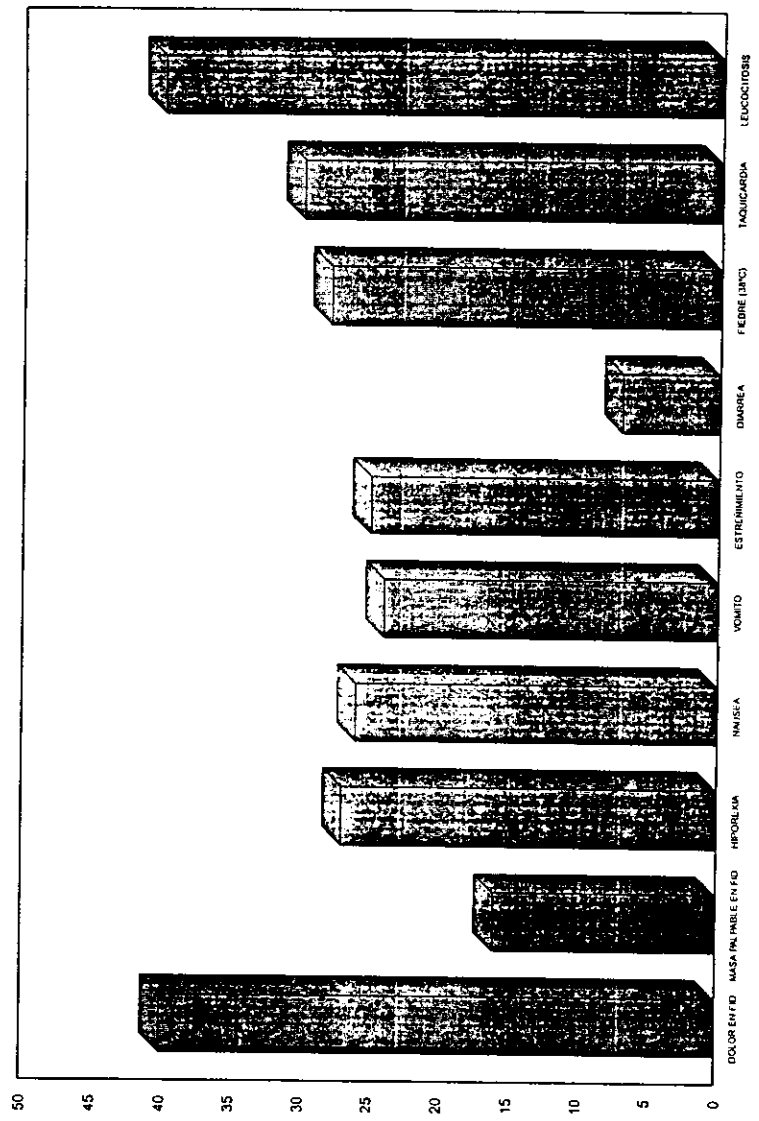
GRAFICA #1
DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD
GRUPO #1



GRAFICA # 3
 NUMERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON AL INGRESO DATOS
 CLINICOS Y LEUCOCITOSIS EN APENDICITIS COMPLICADA.

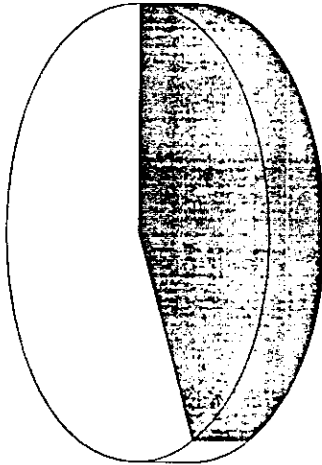
GRUPO # 1

DE PACIENTES



UNIVERSIDAD
DISTRIBUCION POR SEXO.

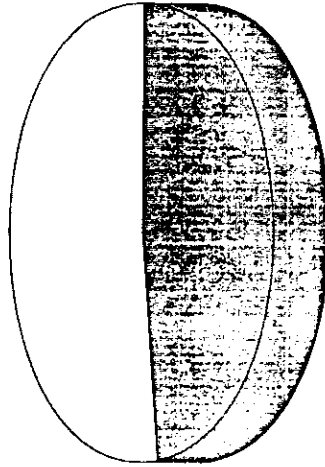
23 (57.5%)



17 (42.5%)

57.5% MASCULINO
42.5% FEMENINO.

21 (52.5%)



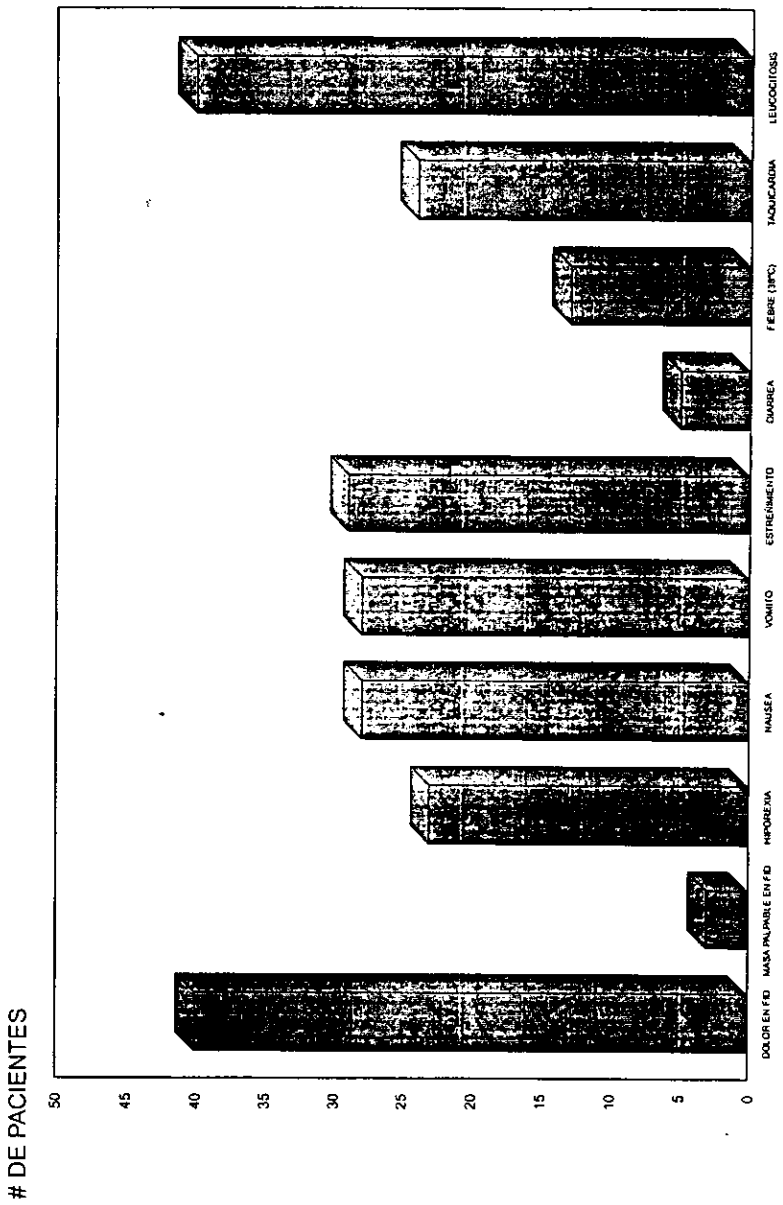
19 (47.5%)

52.5% MASCULINO
47.5% FEMENINO.

GRAFICA # 3

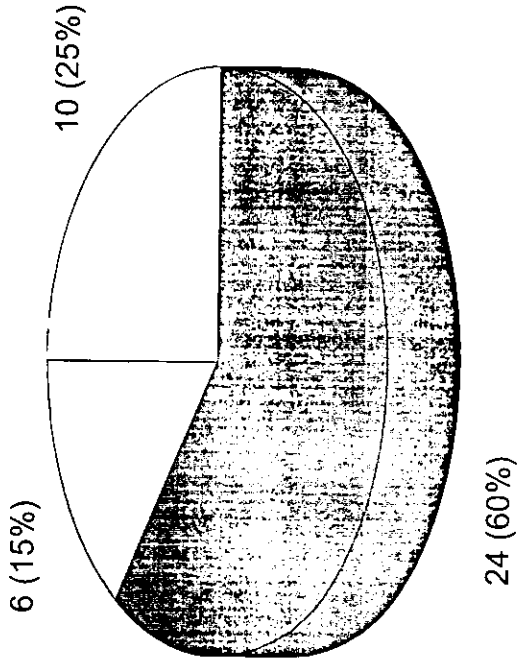
NUMERO DE PACIENTES QUE PRESENTARON AL INGRESO DATOS CLINICOS Y LEUCOCITOSIS EN APENDICITIS COMPLICADA

GRUPO # 2



GRAFICA # 4
TIPO DE PATOLOGIA QUIRURGICA

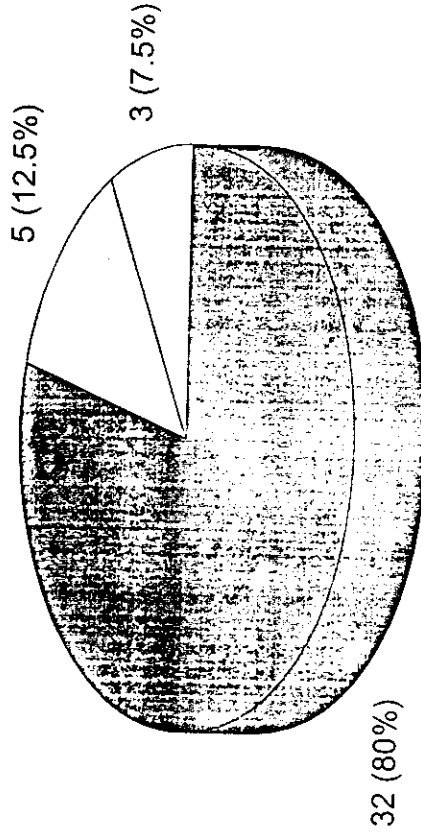
GRUPO # 1



60% APENDICITIS SUPURATIVA.
15% APENDICITIS NECROSADA Y PERFORADA.
25% APENDICITIS ABSCEDADA Y NECROSADA.

GRAFICA # 4
TIPO DE PATOLOGIA QUIRURGICA.

GRUPO # 2

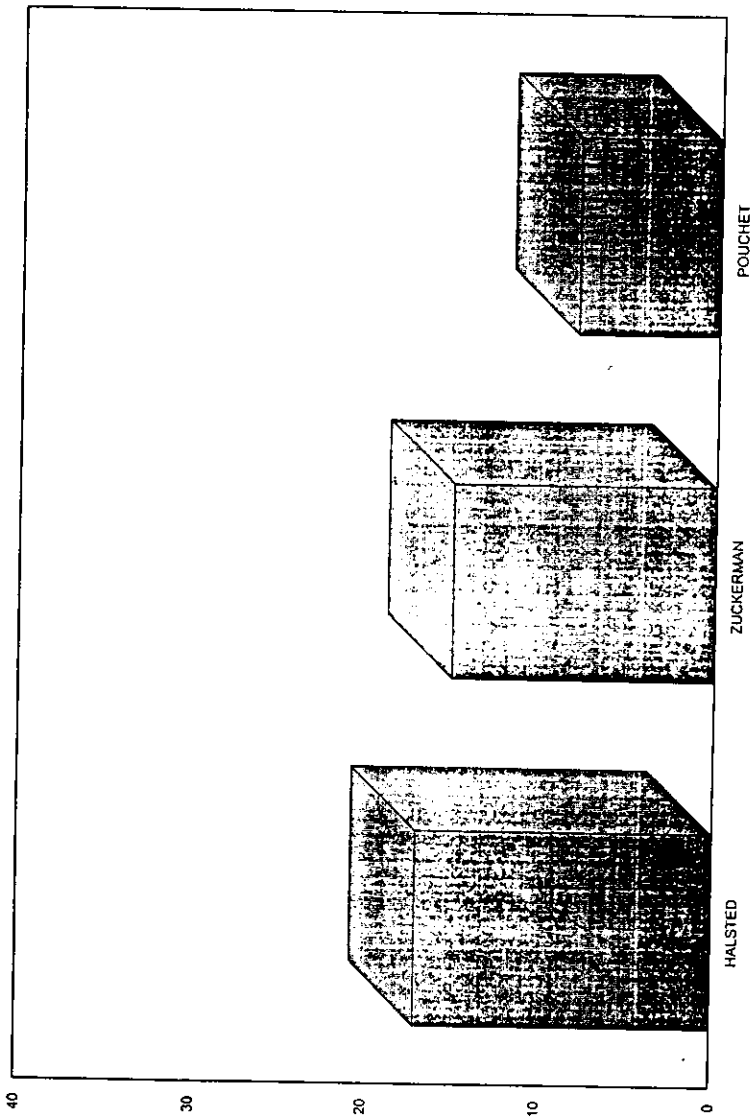


80% APENDICITIS EDEMATOSA.
12.5% APENDICITIS SUPURATIVA.
7.5% APENDICE SANA.

GRAFICA # 5
TIPO APENDICECTOMIA.

GRUPO # 1

DE PACIENTES

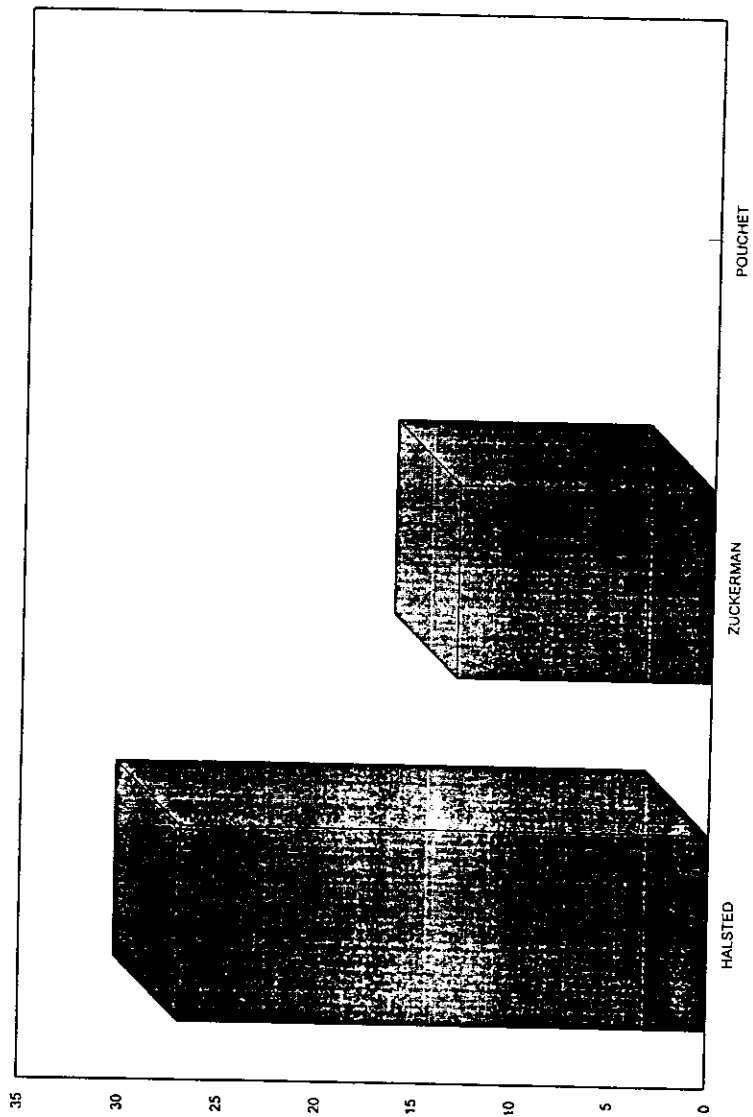


TIPO DE APENDICECTOMIA

GRAFICA # 5
TIPO DE APENDICECTOMIA.

GRUPO # 2

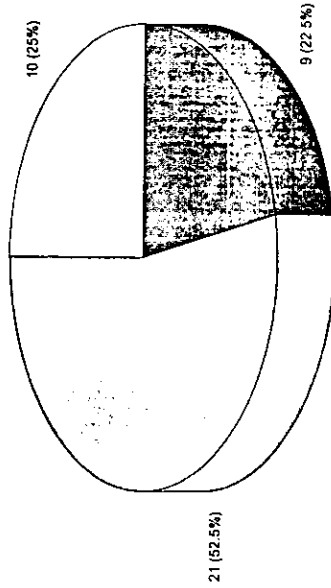
DE PACIENTES



TIPO DE APENDICECTOMIA

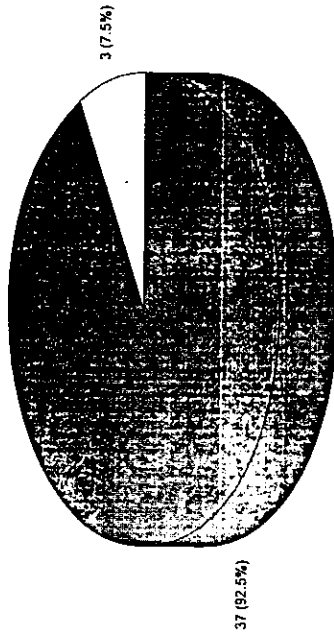
GRAFICA # 6
 COMPLICACIONES POSOPERATORIAS.

GRUPO # 1



52.5% ABSCESO DE PARED
 25% SEROMA
 22.5% ILEO

GRUPO # 2



92.5% SIN COMPLICACIONES
 7.5% SEROMA

BIBLIOGRAFIA

- 1.- GALEN. "ANATOMIC BASIS FOR DELAYED DIAGNOSIS OF APPENDICITIS". Southern medical journal, Jul 90, vol. 83, No. 7. Pp 771-73.
- 2.- BUCHMAN TG, ZUIDEMA GD, "REASONS FOR DELAY OF THE DIAGNOSIS OF ACUTE APPENDICITIS". Surg Gynecol Obstet 158, 1984, 260-66.
- 3.- MATTEI, "CHRONIC AND RECURRENT APPENDICITIS ARE UNCOMMUN ENTITES OFTEN MISDIAGNOSED". Journal of the American College of Surgeons, april 1994.
- 4.- SCHMIT. "ANALISIS OF RISK FACTORS OF POSAPPENDECTOMY INTRAABDOMINAL ABSCESS". Journal of the American College of Surgeons, Dec 94; vol. 174.
- 5.- OOMS. "ULTRASONOGRAPHY IN THE DIAGNOSIS OF THE ACUTE APPENDICITIS". Br. Journal of Surgery, 1991, vol. 78; march 315-18.

6.- MAINGOT. "OPERACIONES ABDOMINALES". Tomo II. Capítulo VIII
Apéndice y colon. Ed. Panamericana. Pp 1225-53.

7.- ZUIDEMA,. SHACKELFORD. "CIRUGIA DEL APARATO
DIGESTIVO" TOMO IV. Capítulo de APENDICE. Pp. 166-78. Ed.
Panamericana.

8.- THOMPSON M.M. "ROLE OF SEQUENTIAL LEUCOCYTE COUNTS
AND C REACTIVE PROTEIN MEASUREMENTS IN ACUTE
APPENDICITIS". Br. Journal of surgery 1992. vol. 79, August, 822-24.

9.- RAMOS M. "PATOLOGIA QUIRURGICA DEL APENDICE CECAL.
ANALISIS DE 8950 CASOS". Rev. Gastroenterol Mex. vol 52, No 2. 1987,
pp. 75-83.