

11207
88



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
HOSPITAL GENERAL TACUBA
ISSSTE

FRECUENCIA DE COMPLICACIONES EN RELACION
AL TIEMPO DE EVOLUCION EN PACIENTES
PREMEDICADOS CON APENDICITIS AGUDA

T E S I S

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

DR. JUAN MANUEL MORA SEVILLA
ASESOR DE TESIS:
DR. ANTONIO LIHO NECOECHA



MEXICO, D.F.

289899
2001



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 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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE MÉDICA

ASESOR DE TESIS

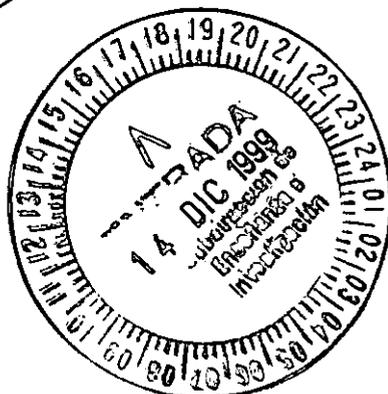
DR. ANTONIO LINO NECOECHEA



COORDINADOR DE ENSEÑANZA E

INVESTIGACIÓN

DR. MANUEL DE JESÚS UTRILLA AVILA



AGRADECIMIENTOS

A MIS PADRES POR BRINDARME SIEMPRE TODO SU CARIÑO Y APOYO INCONDICIONAL A LO LARGO DE MI VIDA.

A MI NOVIA GABRIELA POR SER EL PILAR DE MI VIDA.

A MIS AMIGOS Y COMPAÑEROS POR SU GRAN AMISTAD Y LOS INVOLVIDABLES RATOS QUE PASAMOS JUNTOS.

AL DR. ANTONIO LIHO POR SU GRAN ESFUERZO EN LA ENSEÑANZA DE LA CIRUGÍA GENERAL PARA CON LOS MEDICOS RESIDENTES.

A MIS MAESTROS POR EL AHINCO Y LA DEDICACIÓN PARA LA FORMACIÓN DE MI PERSONA.

**DR. ANTONIO LIHO NECOECHEA
DR. JUAN CARLOS GARCIA HERNANDEZ
DR. FRANCISCO BUENROSTRO PEREZ
DR. MANUEL CASTILLO ARELLANO
DR. GERARDO RAMÍREZ COLIN
DR. JUAN ALBERTO AMANTE BLAS
DR. ALEJANDRO SERRALDE
DR. CESAR ROVELO DÍAZ
DR. GENARO LOYO ARNAUD
DR. DAVID RAYO BUSTOS
DR. RAFAEL MORALES PATIÑO
DR. RUBEN GUSTAVO TORRES AVILA
DR. GERARDO ESPINOZA LIRA
DRA. ABILENE ESCAMILLA ORTIZ
DR. DAVID JUAREZ CORONA
DR. JOSÉ LUIS HURTADO DÍAZ
DR. ALFONZO FLORES GONZALEZ
DR. ALBERTO GONZALEZ HERRERA
DR. CARLOS GIDI TORRES
DR. ALFONSO RESENDIZ RIVERA
DR. ARTURO ESPINOZA PACHECO
DR. DARIO MEZA MARTÍNEZ.**

INDICE

	PAG.
INTRODUCCIÓN	1
JUSTIFICACIÓN	6
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	6
OBJETIVOS.....	7
MARCO TEÓRICO.....	8
ANATOMIA.....	10
MATERIA Y MÉTODOS.....	13
RESULTADOS.....	15
DISCUSIÓN.....	18
CONCLUSIONES.....	19
GRAFICAS.....	21
BIBLIOGRAFÍA.....	23

INTRODUCCIÓN

La primer apendicectomía fue llevada a cabo por Amyand, médico de los hospitales Westminster 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 fue ligado, y lo más probable es que haya sido resecado con recuperación del paciente; en 1755 Heister reconoció que el apéndice puede ser el sitio de inflamación aguda primaria, describió 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 de color negro; cuando estaba a punto de separarlo de sus membranas estas se abrieron y descargaron dos o tres cucharadas de materia; es probable que ésta persona tuviera dolor en ésta región".

En 1824 Loyer-Villermay hizo una presentación en la real academia de medicina de París titulada, "Observations of use inflammatory conditions of the caecal appendix", en la cual describió dos ejemplos de apendicitis aguda que habían 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 estas observaciones fueron confirmadas por Melier, desafortunadamente en este estudio el cuadro patológico se oscureció. Los trabajos de Husson y Dance en

1827, Golbeck en 1830 y sobre todo Dupuytren en 1835, desarrollaron el concepto de inflamación originándose en el tejido celular que rodea al ciego, fue Golbeck quién inventó el término "peritiflitis", a partir del cual se retardo 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, fue Fetz (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 fue 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 durarse en operar de inmediato, para que este tratamiento obtenga un resultado óptimo.

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 comentando: "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 en 1867 (6) en New York aconsejaba una incisión más temprana del absceso apendicular, luego de la publicación de su trabajo aparecieron muchos similares resaltando esta situación. Sheperd (6) ha demostrado que en 1880 Tait de Birmingham operó a un paciente de apendicitis gangrenoso 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 fue popularizada por Murphy en Chicago; ambos fueron los pioneros en la extirpación del apéndice antes que se produjera la perforación; rápidamente se hizo evidente que los resultados de la apendicectomía, en caso de apéndice agudamente inflamado 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 estos casos; afortunadamente el descubrimiento de los antibióticos resolvió la controversia entre las escuelas de manejo conservador y cirugía activa en estos casos.

JUSTIFICACIÓN

Para que se presenten complicaciones en el paciente con apendicitis aguda, existen algunos factores, los cuales por sí mismos constituyen un riesgo importante y entre los cuales, algunos de ellos son: edad mayor de 60 años, enfermedades preexistentes, tratamientos diversos que ocasionan inmunosupresión, entre otros; sin embargo existen algunos otros factores que también tienen influencia para que se presenten complicaciones en la apendicitis aguda, pero que son sujetos de ser modificados o evitados, entre los cuales se encuentran, la medicación prehospitalaria del paciente que puede ocasionar modificaciones clínicas del cuadro apendicular, siendo más difícil establecer el diagnóstico y por lo tanto prolongando el tiempo de evolución de ésta patología. Por lo tanto se presenta este trabajo acerca de la frecuencia de complicaciones en relación a el tiempo de evolución en pacientes premedicados con apendicitis aguda, con la finalidad de dar a conocer a los médicos del primer nivel de atención como serían médicos generales, familiares y de los servicios de urgencias, lo mismo que a los médicos en formación, que el iniciar un tratamiento médico en pacientes que presenten alguna sospecha diagnóstica de apendicitis, lo mismo que el retraso en el diagnóstico por la prolongación del tiempo de evolución, es una condición muy importante, que puede ocasionar complicaciones muy severas, que tienen como resultado un aumento de la morbimortalidad del paciente, condicionando esto, desgaste importante para la familia, mayor utilización de recursos del hospital, estancia intrahospitalaria mucho más prolongada que da como resultado también, incremento de los gastos de hospitalización para la institución.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Con que, frecuencia el tiempo en que tarda el diagnóstico y la medicación prehospitalaria, pueden contribuir a la complicación de la apendicitis aguda, y que es identificada en el momento de la cirugía en un segundo nivel de atención.

OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar la frecuencia con que el tiempo en que tarda el diagnóstico y la medicación prehospitalaria, pueden contribuir a la complicación de la apendicitis aguda, y que es identificada en el momento de la cirugía en un segundo nivel de atención.

ESPECÍFICOS:

1. Identificar el porcentaje y tipo de complicaciones por apendicitis aguda, que se identificaron en pacientes en el momento en que son operados en un segundo nivel de atención.
2. Identificar en que porcentaje el tiempo en que tarda el diagnóstico puede contribuir a que al paciente con apendicitis aguda, en el momento de ser operado se le identifiquen complicaciones secundarias.
3. Identificar en que porcentaje la medicación prediagnóstica puede contribuir a que al paciente con apendicitis aguda, en el momento de ser operado se le identifiquen complicaciones secundarias.
4. Describir las características propias de los pacientes con complicaciones de apendicitis tratados en un Hospital de segundo nivel de atención durante el año de 1997.

MARCO TEÓRICO

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 su 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 patógenia 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 moco y aumenta la presión por acción de bacterias virulentas, mientras que la secreción combinada con la relativa inelasticidad de la serosa lleva 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 diapedesis bacteriana, y la aparición de úlceras mucosas (8), Durante este 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 vómitos; 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 este proceso patológico, ocurren trombosis venosa y arterial en la pared del apéndice dando por resultado apendicitis gangrenosa, en este estado 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 su origen a partir del ciego, originándose en el sitio en el cual se unen las tres tenias (bandaletas) 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 en cadáver encontró al apéndice retrocecal en un 65.28%, pelviana 31.0% subcecal 2.26%, preileal 1%, paraileal derecha y posileal 0.4%. Williamson y col. (1981) 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 transposición 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 la 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 apéndice, pudo reunir otros 68 ejemplos, una cifra suficientemente significativa de la gran rareza de ésta condición.

La duplicación del apéndice es una anomalía extremadamente rara y se han informado menos de 100 casos (Khanna 1983) Wallbrindge (1962) (2) 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 bandaleta 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 continuo 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 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 a los ganglios ileocecales (8).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio de tipo retrospectivo, transversal y descriptivo, del primero de enero de 1997, al primero de enero de 1998, llevándose a cabo la revisión de 212 expedientes completos de pacientes que fueron operados de urgencia de apendicectomía en un Hospital General de Segundo Nivel; en los cuales se evaluaron las complicaciones de la apendicitis aguda, en las cuales influyeron el tiempo de evolución y la medicación prehospitalaria.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

1. Expediente completo
2. Laboratorio completo
3. Radiología completa
4. Medicación prehospitalaria del paciente
5. Presencia de complicación apendicular
6. Tiempo de evolución mayor de 12 horas

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

1. Expediente incompleto
2. Laboratorio incompleto
3. Radiología incompleta
4. No haya sido premeditado el paciente
5. No exista complicación apendicular
6. Tiempo de evolución menor de 12 horas.

CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

No presente complicación apendicular.

FUENTE

Archivo clínico del Hospital General Tacuba.

Se realiza revisión completa de los expedientes clínicos.

RESULTADOS

El grupo total de expedientes que fueron sometidos a revisión fue de 212, de los cuales 191 (90.09%) no presentaron ningún tipo de complicación por lo que fueron excluidos del estudio; y nuestro grupo de estudio quedó constituido por 21 (9.90%) los cuales presentaban algún tipo de complicación. (Fig. 1).

De nuestro grupo de estudio 15 (71.42%) fueron hombres y 6 (28.57%) fueron mujeres. (Fig. 2).

Los datos clínicos en los cuales se basó el diagnóstico fueron:

Dolor migratorio 13 (61.90%), náuseas 15 (71.42%), vómitos 14 (66.66%), anorexia 16 (76.19%), hipertermia 19 (90.47%), taquicardia 18 (85.71%), signos apendiculares 19 (90.47%), peristalsis 8 (38.09%), leucocitosis 20 (95.23%), bacteriemia 10 (47.61%), signos radiológicos 20 (95.23%). (Fig. 3).

La distribución por grupos de edad quedó de la siguiente forma:

De 0 a 10, 2 (9.52%); de 11 a 20 (28.57%); de 21 a 30, 4 (19.04%); de 31 a 40, 6 (28.57%); de 41 a 50, 1 (4.76%); de 51 a 60, 1 (4.76%); de 61 a 70, 0 (0.0%); de 71 a 80, 0 (0.0%); de 81 a 90 (4.76%). (Fig. 4).

El número de pacientes complicados quedó distribuido en el tiempo de evolución de la siguiente forma:

De 0 a 12: 0, de 12 a 24: 0, de 24 a 48: 2 (9.52%), de 48 a 72: 3 (14.28%), de más de 72 horas: 16 (76.19%). (Fig. 5).

Las complicaciones que se presentaron fueron las siguientes:

Perforación 21 (100%), absceso 21 (100%), peritonitis localizada 21 (100%), peritonitis generalizada 11 (52.38%), absceso residual 5 (23.80%) infección de la herida quirúrgica 6 (28.57%), oclusión intestinal 4 (19.04), (Fig. 6).

El tiempo de estancia intrahospitalaria promedio en los pacientes complicados fue de 15 días, siendo el menor de 9 días y el mayor de 50 días.

El analgésico más usado en los pacientes complicados fue la dipirona en 16 pacientes (76.19%).

El antispasmodico más usado en los pacientes complicados fue la butilhisocina en 16 pacientes (76.19%).

El antibiótico más usado en los pacientes complicados fue el butilhisocina con sulfametoxazol en 9 (42.85%); seguido por el metronidazol en 7 (33.33%).

De los pacientes complicados 16 (76.19%), presentaron un tiempo de evolución mayor a 72 horas.

De los pacientes complicados 11 (52.38%), desarrollaron peritonitis generalizada.

DISCUSIÓN

En la actualidad en la literatura médica, no existen trabajos que hablen de manera específica e individualizada de la gran importancia que pueden llegar a tener en determinadas circunstancias, el tiempo de evolución, y la medicación prehospitalaria en el desarrollo de complicaciones graves en los pacientes que presentan apendicitis, esto se debe en gran parte a que es lógico pensar, que si existe alguna modificación o enmascaramiento del cuadro clínico, va a ser más difícil el llegar a un diagnóstico preciso y a la toma de una decisión quirúrgica de manera rápida, además de que entre más largo sea el tiempo de evolución se va a encontrar una patología más avanzada y complicada, debido a que una vez que se inicia el proceso patológico a nivel apendicular está comprobado que este no se detiene; sin embargo estos dos parámetros no han sido sometidos a comprobación científica de manera aislada ya que esto es muy difícil y generalmente se agregan otras variables, además algunos autores consideran que para que realmente exista alguna modificación, la mayoría de las veces es necesaria la ingesta de una cantidad de medicamentos muy abundante y no están de acuerdo en que una sola dosis, sea suficiente para modificar el cuadro, ante estas y otras situaciones nosotros decidimos realizar el presente estudio, para ver si realmente es posible asociar las variables antes mencionadas, o bien no existe ninguna relación.

CONCLUSIONES

Mediante este trabajo se puede inferir que si existe una influencia importante de la medicación prehospitalaria y del tiempo de evolución en llegar al diagnóstico, para que se presenten complicaciones severas en la apendicitis aguda.

Se demostró que entre más prolongado sea el tiempo de evolución del paciente con apendicitis aguda, existe un porcentaje más elevado de complicaciones severas en el momento de la cirugía.

La medicación prehospitalaria ocasiona algunas modificaciones en la presentación del cuadro clínico de los pacientes, ocasionando que sea necesario, la utilización de más tiempo para esclarecer el diagnóstico y poder llevar a cabo el tratamiento quirúrgico, favoreciendo con esto, la presentación de complicaciones severas en la apendicitis aguda.

Las complicaciones severas se presentaron en el 9.90% de los pacientes con apendicitis aguda.

De los pacientes complicados el 100% recibió más de tres medicamentos.

ESTA TESIS NO SE
DE LA BIBLIOTECA

Todos los pacientes complicados presentaron perforación apendicular.

Por lo tanto, en todo paciente con dolor abdominal agudo, aunque sólo presente una ligera sospecha de apendicitis aguda, se deberá evitar a toda costa la administración de analgésicos o antibióticos; y en aquellos pacientes que ya han sido premedicados y tienen sospecha, la decisión quirúrgica es muy importante sea tomada antes de las 24 horas de evolución, para evitar las complicaciones severas de la apendicitis aguda; entonces también se torna muy importante, que los pacientes sean enviados con rapidez a un segundo nivel de atención.

PACIENTES OPERADOS DE APENDICECTOMIA

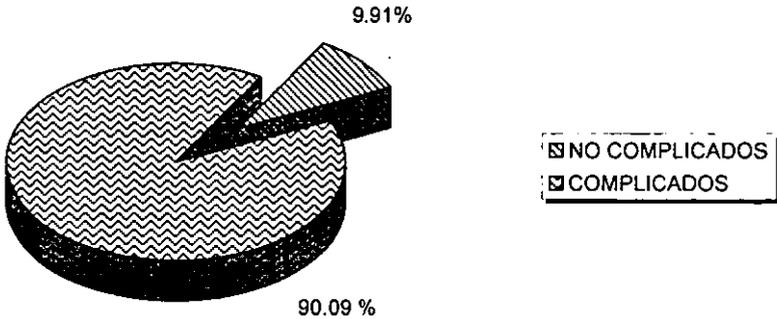


Fig. 1

DISTRIBUCION POR SEXO

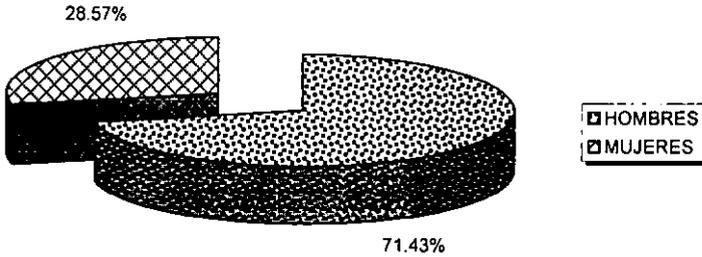


Fig. 2

DATOS CLINICOS

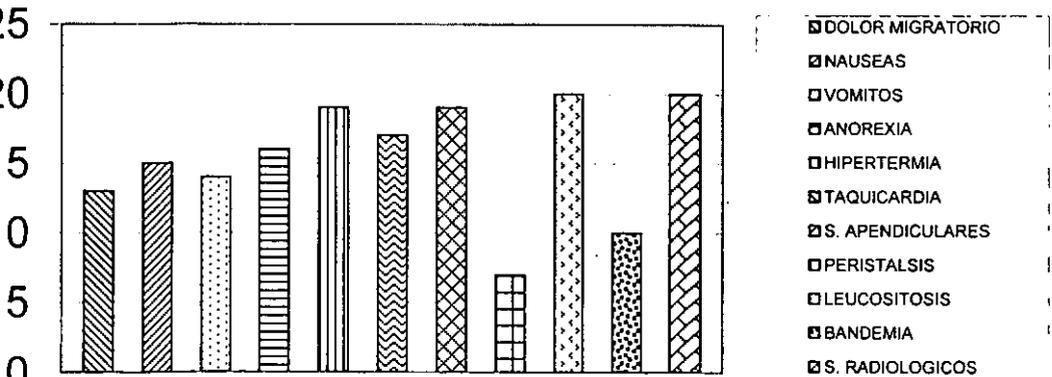


Fig. 3

RANGO DE EDAD

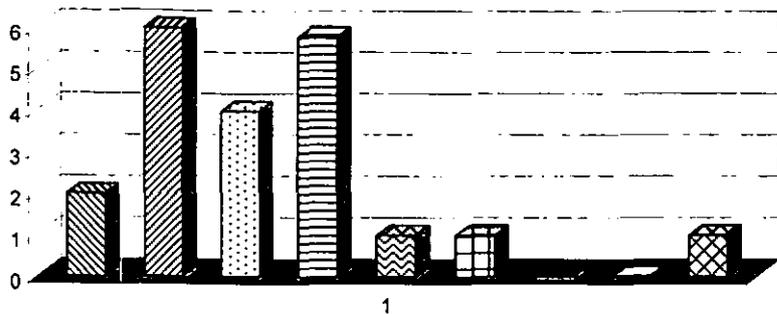


Fig. 4

- 0 A 10
- 11 A 20
- 21 A 30
- 31 A 40
- 41 A 50
- 51 A 60
- 61 A 70
- 71 A 80
- 81 A 90

TIEMPO DE EVOLUCION

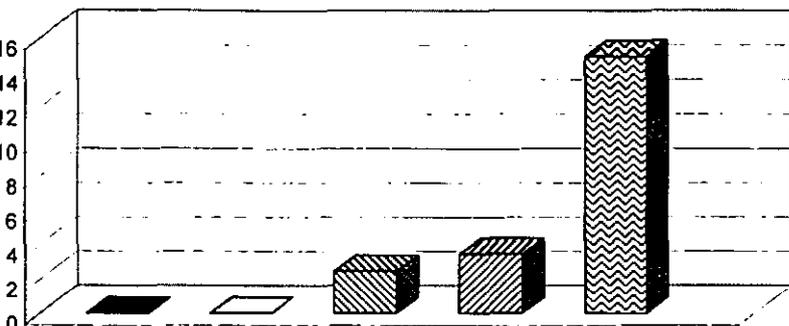


Fig. 5

- 0 A 12
- 13 A 24
- 25 A 48
- 49 A 72
- MAS DE 73

COMPLICACIONES

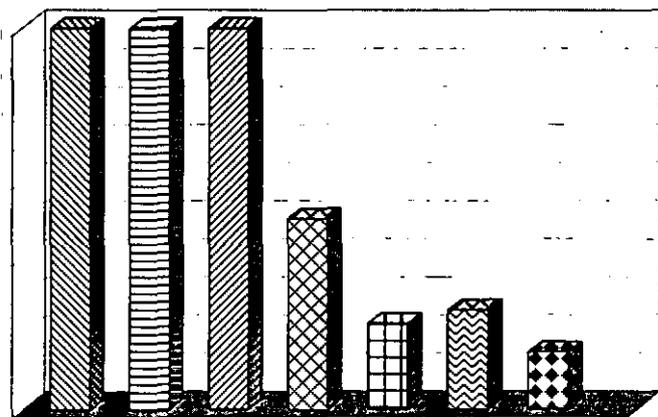


Fig. 6

- PERFORACION
- ABSCESO
- PERITONITIS LOCALIZADA
- PERITONITIS GENERALIZADA
- ABSCESO RESIDUAL
- INFECCION HERIDA QUIRURGICA
- OCCLUSION

BIBLIOGRAFÍA

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 uncommon entities often misdiagnosed", Journal of the American College of Surgeons, april 1994, 174.
4. Schmit "Analysis of risk factors of postappendectomy intrabdominal 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 Apéndice y colon, editorial panamericana pp. 1225-53.
7. Zuidema, Shackelford, "Cirugía del aparato digestivo", tomo IV, capítulo de apéndice, pp 166-78, ed. Panamericana.
8. Thompson M.M. "Role of sequential leucocyte counts and reactive protein measurements in acute appendicitis", Br. Journal of surgery, 1992, vol. 79, august, 822-24.
9. Ramon M. "Patología quirúrgica del apéndice cecal, análisis de 8950 casos", Rev. gastroenterol. Méx. Vol. 52, No. 2, 1987, pp 75-83.