

103 11209
201



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
HOSPITAL REGIONAL
"GRAL. IGNACIO ZARAGOZA"
I. S. S. S. T. E.

USO DRENAJE EN APENDICECTOMIA

FALLA DE ORIGEN

TESIS DE POSTGRADO

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD DE

CIRUGIA GENERAL

P R E S E N T A :

DR. RAUL SOSA HERNANDEZ

ASESOR: DR. CARLOS APIS GONZALEZ



ISSSTE



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.

C O N T E N I D O

...	INTRODUCCION
...	ANTECEDENTES HISTORICOS.
...	EMBRIOLOGIA
...	ANATOMIA MICROSCOPICA
...	ANATOMIA MACROSCOPICA.
...	FISIOLOGIA.
...	FISIOPATOLOGIA.
...	BACTERIOLOGIA.
...	FRECUENCIA.
...	FACTORES ETIOLOGICOS.
...	MORBIMORTALIDAD.
...	DIAGNOSTICO CLINICO.
...	TRATAMIENTO.
...	COMPLICACIONES.
...	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.
...	MATERIAL Y METODOS.
...	RESULTADOS.
...	CONCLUSIONES.
...	BIBLIOGRAFIA.

I N T R O D U C C I O N

DESDE LA PRIMER APENDICECTOMIA REALIZADA POR ANYAND EN EL AÑO DE 1736, ASI COMO EN AL AÑO DE 1886 REGINALD H. FITZ INTRODUJO LA EVOLUCION DESDE LA INFLAMACION HASTA LA PERFORACION EN LA APENDICITIS Y ESTE RECOMENDO A SU VEZ EL TRATAMIENTO QUIRURGICO PARA ESTA PATOLOGIA. - LA APENDICITIS AGUDA CONTINUA SIENDO UNA DESAFIO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO PARA TODOS LOS CIRUJANOS. LOS ADELANTOS EN LA EVOLUCION DE LOS NUEVOS METODOS DIAGNOSTICOS, POCOS SON LOS APLICABLES PARA DETECTAR O -- DIAGNOSTICAR DE UNA MANERA OPORTUNA ESTA PATOLOGIA.

LA APENDICITIS AGUDA, CONTINUA SIENDO EN NUESTRO TIEMPO COMO LA - CIRUGIA DE URGENCIA MAS COMUN, SIENDO ESTA MAS FRECUENTE ENTRE LA SE-- GUNDA Y TERCERA DECADA DE LA VIDA. LA RELACION HOMBRE MUJER NO ES ESTA DISTICAMENTE SIGNIFICATIVA COMO PARA ENCONTRAR UNA DIFERENCIA EN ESTA PATOLOGIA. LA FORMA CLASICA DE PRESENTACION DE ESTA PATOLOGIA ES RELATIVAMENTE DE FACIL DIAGNOSTICO PERO LA FORMA DE PRESENTACION EN LOS EX TREMOS DE LA VIDA HAN PRESENTADO UN RETO AL CIRUJANO.

LA FRECUENCIA DE ECTIRPACION DE APENDICES CECALES NORMALES SE ENCUENTRA EN UN RANGO QUE VA DEL 15 AL 33%, SIENDO ESTE CONFUNDIDO PRINCIPALMENTE CON PROBLEMAS GINECO-OBSTETRICOS, Y ADEMAS SE CONSIDERA QUE UNO DE CADA 17 PERSONAS EN ALGUNA EPOCA DE LA VIDA SERAN OPERADOS DE - APENDICECTOMIA.

ANTECEDENTES HISTORICOS

LA HISTORIA DE ESTA PATOLOGIA EN TAN ANTIGUA COMO EL HOMBRE MISMO Y LOS ANTECEDENTES SE REMONTAN DESDE EL AÑO DE 1492 CUANDO LEONARDO DA VINCI LO DESCUBRIO AUNQUE SUS PUBLICACIONES FUERON REPORTADOS HASTA EL SIGLO XVIII, POSTERIORMENTE EN EL AÑO DE 1521 BERENGARIO DE CARPI FUE EL PRIMERO QUE DESCRIBIO SUS ASPECTOS ANATOMICOS.

ANDRES VESALIO PUBLICA SU LIBRO DE HUMANI CORPORIS FABRICA LO PUBLICA EN EL AÑO DE 1543.

LA PATOLOGIA LA CUAL SE DESCRIBE QUE EN LAS MOMIAS EGIPCIAS DE LA ERA BIZANTINA SE HABIAN ENCONTRADO ADHERENCIAS EN LA FOSA ILIACA DERECHA DEL ABDOMEN LAS CUALES ERAN SUGESTIVAS DE APENDICITIS.

LA PRIMERA DESCRIPCION PUBLICADA DE APENDICITIS ACUDA SE DEBE A JEAN FERNEL EN 1544. EL MEDICO LORENZA HEISTER ALUMNO DE BOERHAVE DESCRIBIO EQUIVOCADAMENTE EN CASO DE APENDICITIS PERFORADA CON FORMACION DE UN ABSCESO, EL PACIENTE POSTERIORMENTE FALLECIO Y EN LA AUTOPSIA SE REALIZO EL DIAGNOSTICO; POSTERIORMENTE ALTDORF Y HEIMESTED DESCRIBIERON EN OTRA AUTOPSIA LA NECROSIS DEL APENDICE CECAL CON FORMACION DE UN ABSCESO DE UN CRIMINAL EL CUAL RECIEN HABIA SIDO EJECUTADO (3). MESTIVER, CIRUJANO FRANCES, REPORTO EN OTRA AUTOPSIA LA PRESENCIA DE UN ABSCESO APENDICULAR REPORTO OTRA AUTOPSIA CON LAS MISMAS CARACTERISTICAS DE ALTDORF Y HEIMESTED. JHON PARKINSON EN 1812 DESCRIBIO UN APENDICE CECAL GRANGRENADO EL CUAL REPORTABA LA PRESENCIA DE UN FECALITO Y UN CIEGO EN UN NIÑO DE 5 AÑOS DE EDAD.

EN 1824 LOUYER VILLERMANY (5) DESCRIBIO EN LAS AUTOPSIAS DE DOS PERSONAS JOVENES LA PRESENCIA DE APENDICES GANGRENADOS.

EL TRABAJO DE ESTOS MEDICOS FRANCESES ESTIMULO A FRANCOIS MELLIER LA REALIZACION DE AUTOPSIAS Y EN LA CUAL SE LLEVO LA SORPRESA DE ENCONTRAR EN SEIS PACIENTES MAS LA PRESENCIA DE APENDICES GANGRENADOS Y PERFORADOS POR LO QUE SE SUGIRIO LA PRESENCIA DE UNA NUEVA ENFERMEDAD LA CUAL HABIA SIDO DESCRITA POR MUCHOS EN AQUELLOS TIEMPOS PERO SIN REALIZAR UN TRATAMIENTO ADECUADO.

EL BARON GILLAUME DUPUYTREN DESCRIBIO LA APENDICITIS AGUDA, EN LA CUAL SE CONSIDERABA QUE LA PRESENCIA DE UN ABSCESO Y LA PRESENCIA DE TEJIDO NECROTICO NO SE DEBE A UNA PATOLOGIA EN EL APENDICE CECAL SINO QUE SE DEBE A UNA ENFERMEDAD DEL CIEGO.

EN SU LIBRO TITULADO ELEMENTOS EN LA MEDICINA PRACTICA PUBLICADO POR WRIGHT Y ADDISON EN 1839, SE DESCRIBE LA SINTOMATOLOGIA DE LA APENDICITIS PERO EN LA CUAL NO SE PROPONE ALGUN TRATAMIENTO PARA DISMINUIR LA MORTALIDAD EN AQUEL ENTONCES.

CON EL ADVENIMIENTO DE LA ANESTESIA CON ETHER, OXIDO NITROSO Y CLOROFORMO Y CON LOS ESTUDIOS DE ANTISEPSIA CON LISTER EN EL AÑO DE 1867, LAS OPERACIONES ABDOMINALES FUERON MAS TOLERADAS Y LAS CUALES SE PUSIERON DE MODA EN EL AÑO DE 1870.

EN JUNIO DE 1886 DURANTE LA PRIMERA REUNION DE LA SOCIEDAD MEDICA AMERICANA DE WASHINGTON, EN LA CUAL ACUDIERON LOS MEDICOS MAS PRESTIGIOSOS DE ESE TIEMPO, EN EL CUAL SE ENCONTRABA REGINALD H. FITZ EL CUAL PRESENTO UN TRABAJO TITULADO INFLAMACION Y PERFORACION DEL APENDICE; CON ESPECIAL REFERENCIA A SU FACIL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO.

SE MENCIONA AL APENDICE COMO LA CAUSA MAS FRECUENTE DE INFLAMACION

CION DEL CUADRANTE INFERIOR DERECHO, SU CUADRO CLINICO Y PARA SORPRESA DE TODOS POSTULA LA EXTIRPACION QUIRURGICA EN FORMA SENCILLA, Y FITZ -- POSTULA EL TERMINO DE APENDICITIS POR EL PERITIFLITIS QUE SE ENCONTRABA VIGENTE EN ESE TIEMPO.

LA REALIZACION DE LA PRIMERA APENDICECTOMIA FUE LLEVADA A CABO -- POR CLAUDIUS AMYAND, CIRUJANO DE LOS HOSPITALES DE WESTMINTER Y ST. -- GEORGE, CIRUJANO ASU VEZ DEL SARGENTO JORGE II. EN DICIEMBRE DE 1735, -- OPERO A UN NIÑO CON LA PRESENCIA DE UNA HERNIA ESCROTAL DERECHA ACOMPAÑADA DE FISTULA INTESTINAL. EN LA CUAL COMO HALLAZGOS QUIRURGICO ENCONTRADO DENTRO DEL ESCROTO UN APENDICE PERFORADO POR LA PRESENCIA DE UN ALfiler. EL APENDICE CECAL FUE CORTADO Y LIGADO JUNTAMENTE CON EL EPIPLON EL CUAL SE ENCONTRABA RODEÁNDOLO. LOS HALLAZGOS DE ESTA CIRUGIA -- FUERON PUBLICADOS EN 1736 EN LA PHILOSOPHICAL TRANSACTION OF THE ROYAL SOCIETY.

EN 1755, HEISTER AL REALIZAR LA AUTOPSIA DE UN CRIMINAL DESCRIBE EN FORMA TEXTUAL SUS HALLAZGOS CUANDO LLEGABA AL CIEGO: "ENCONTRE EL APENDICE VERMIFORME DEL CIEGO DE UN COLOR NEGRO MUY POCO NATURAL Y CUANDO REALIZABA LAS MANIOBRAS NECESARIOS PARA LIBERARIO SUS MEMBRANAS SE DESINTEGRARON Y PRODUCERON LA SALIDA DE DOS O TRES CUCHARADAS DE PUS".

EN 1848, HENRY HANCKOK DESCRIBIO EL CASO DE UNA MUJER DE 30 AÑOS DE EDAD CON UNA PERITONITIS DE VARIOS DIAS DE EVOLUCION, EFECTUO UNA INCISION EN EL CUADRANTE INFERIOR DERECHO DEL ABDOMEN Y EVACUO EL LIQUIDO PERITONEAL EL CUAL ERA DE CARACTERISTICAS PURULENTAS, DOS SEMANAS DESPUES FUE REMOVIDO DE LA HERIDA QUIRURGICA LA PRESENCIA DE UN FEcalito Y LA PACIENTE SANO:

LAWSON TAIT (6) CIRUJANO FRANCES, EN 1888 OPERO A UNA MUJER DE-

17 AÑOS CON APENDICITIS GRANGRENADA Y LA PACIENTE SE RECUPERO. EN 1883 ABRAHAM GROVEZ, CIRUJANO CANADIENSE, PRACTICA LA APENDICECTOMIA ELECTIVA DE UN NIÑO DE 12 AÑOS DE EDAD EN EL CUAL SE ENCONTRO UN APENDICE -- EDEMATIZADA SIN PERFORACION. HENRY SAND REPORTO LA APENDICECTOMIA DE - UN PACIENTE DE 17 AÑOS EN EL CUAL ENCONTRO DOS FECALITOS Y CERRO EL MU SON APENDICULAR CON SUTURA.

EN 1887 THOMAS G. MORTON REPORTO UNA APENDICECTOMIA Y UN DRENAJE- DEL MISMO EN UN PACIENTE DE 27 AÑOS DE EDAD. EN 1902, OSCHNER PUBLICO SU PRIMER LIBRO DE APENDICITIS AGUDA CON ESPECIAL INTERES EN EL TRATAMIENTO CONSERVADOR DE CUANDO HABIA LA SOSPECHA DE UN ABSCESO APENDICULAR.

EN 1904 EL DR. J.B. MURPHY REPORTA LA PRIMERA GRAN SERIE EN EL -- CUAL REPORTA 2 000 APENDICECTOMIAS EFECTUADAS ENTRE EL AÑO DE 1880 A - 1903.

LA TECNICA UTILIZADA EN ESTE TRABAJO PARA LA APENDICECTOMIA NUNCA FUE ESTANDARIZADA, POR LO CUAL DESDE EL ABORDAJE FUE CASI SIEMPRE DIFE RENTE EN CADA UNO DE LOS PACIENTES.

EN EL AÑO DE 1894 CHARLES MC BURNEY EN NUEVA YORK REPORTA LA INCI SION QUE MAS TARDE LLEVARIA SU NOMBRE AUNQUE ESTA HABIA SIDO DESCRITA- ANTES POR LEW ARTHUR EN LA CD. DE CHICAGO.

EN EL AÑO 1896, EL DR. J.W. ELLIOT HABIA DESCRITO UNA INCISION -- TRASVERSA EN LA CUAL NO FUE PUBLICA HASTA POSTERIORMENTE. EN EL AÑO DE 1905 DR. A.E. ROCKY EN OREGON POPULARIZO Y UN AÑO MAS TARDE EL DR. GWI LYM DAVES EN FILADELFIA TAMBIEN LA PRECONIZO, POR LO QUE ACTUALMENTE - SE CONOCE CON EL NOMBRE DE ESTOS DOS CIRUJANOS, AUNQUE NUNCA SE MEN-- CIONA A ELLIOT.

EN EL MANEJO DEL MUÑON APENDICULAR HA SIDO SIEMPRE DE CONTROVERSA
EL DR. FOWLER WEIR DESCRIBIO UN METODO CERRADO EN 1895, EN EL AÑO DE --
1926 EL DR. ROYSTER REPORTA VARIAS HEMORRAGIAS POSTOPERATORIAS DENTRO -
DEL CIEGO SECUNDARIAS A LA INVAGINACION DEL MUÑON POR LO QUE ESTE METO-
DOEN ESTE TIEMPO CAYO EN DESUSO HASTA QUE EL DR. HALSTEAD LO POPULARIZO
POSTERIORMENTE.

EMBRIOLOGIA

EL APENDICE CECAL PROVIENE DEL INTESTINO MEDIO JUNTO CON LA PORCION DISTAL DEL DUODENO, YEYUNO, ILEON, CIEGO Y APENDICE; COLON ASCENDENTE Y LOS DOS TERCERAS PARTES DEL COLON TRANSVERSO.

EN EL EMBRION DE 5MM. EL INTESTINO MEDIO SE EXTIENDE DESDE EL VESTIBULO INTESTINAL ANTERIOR HASTA EL VESTIBULO INTESTINAL POSTERIOR, CUELGA DE LA PARED ABDOMINAL DORSAL POR UN MESENTERIO CORTO Y LO COMUNICA AMPLIAMENTE CON EL SACO VITELINO.

EL DESARROLLO DEL INTESTINO MEDIO SE CARACTERIZA POR UN ALARGAMIENTO DE INTESTINO Y MESENTERIO, QUE FORMA EL ASA INTESTINAL PRIMITIVA EL APICE DEL ASA COMUNICA AMPLIAMENTE CON EL CONDUCTO ONFALOMESENTERICO LA RAMA CEFALICA SE CONVIERTE: LA PORCION DISTAL DEL DUODENO, YEYUNO Y PARTE DE ILEON; LA RAMA CAUDAL SE TRANSFORMA EN LA PORCION INFERIOR DEL ILEON, CIEGO, APENDICE, COLON ASCENDENTE Y LOS DOS TERCIOS PROXIMALES -- DEL COLON TRANSVERSO. LA IDENTIFICACION DE LA PARTE CAUDAL Y CEFALICA EN EL ADULTO CORRESPONDE AL DIVERTICULO DE MECKEL.

EL ASA INTESTINAL PRIMITIVA EXPERIMENTA ROTACION SOBRE UN EJE FORMADO POR LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR. LA ROTACION OCURRE EN SENTIDO -- CONTRARIO CON LAS MANECILLAS DEL RELOJ.

HACIA EL FINAL DE LA 13^o. SEMANA LAS ASAS INTESTINALES HERNIADAS EMPIEZAN A REGRESAR A LA CAVIDAD ABDOMINAL. EL BROTE CECAL APARECE EN EL PERIODO DE 12 MM. EN FORMA DE DILATAION CRONICA PEQUERA DE LA RAMA CAUDAL DEL ASA INTESTINAL PRIMITIVA. DURANTE ESTE FENOMENO Y DURANTE ESTE PERIODO EL EXTREMO DISTAL DEL BROTE CECAL ORIGINA UN DIVERTICULO DE ESCASO CALIBRE, EL APENDICE PRIMITIVO.

LAS TENIAS DE LA CAPA DE MUSCULO LONGUITUDINAL DEL COLON CONFLUYEN EN EL APENDICE CECAL INDEPENDIENTEMENTE DE SU POSICION POR LA PARTE DE ORIGEN Y EL TIEMPO EN QUE SE PRESENTA.

LOS GANGLIOS LINFATICOS APARECEN EN LA PARED DEL APENDICE PARA EL 7o. MESY AUMENTAN HASTA LA PUBERTAD, DESPUES DE LO CUAL DISMINUYEN GRADUALMENTE.

ANOMALIAS CONGENITAS.

SE PUEDE PRESENTAR EN LA REGION ILEOCECALA DUPLICACION LA CUAL ES RARA, ASI COMO LA ROTACION ANORMAL DEL ASA INTESTINAL.

LA AUSENCIA DEL APENDICE CECAL, ES TAL VEZ A QUE NO SE DESARROLLO EL CRECIMIENTO A LA MISMA VELOCIDAD CUANDO EL CRECIMIENTO DE LOS 12 MM. SIN CONSIDERAR EL ORIGEN DE LA AUSENCIA DEL APENDICE CECAL, ESTA ANOMALIDAD CONGENITA ES RARA, EL DR. COLLINS (8) LA CUAL HA SIDO REPORTADA 4 EN 50 000 APENDICECTOMIAS.

LA PRESENCIA DE UN APENDICE CECAL DEL LADO IZQUIERDO ES RARA AUN-- QUE CUANDO ESTO SUCEDE ES GENERALMENTE DEBIDO A UNA MALROTACION INTESTINAL EN LA CUAL LA REGION CECAL QUEDA DEL LADO IZQUIERDO, LA PRESENCIA DE UN SITUS INVERSUS VISCERUM, LA PRESENCIA DE UN APENDICE CECAL CON UN MENTERIO LARGO.

A N A T O M I A M I C R O S C O P I C A

HISTOLOGICAMENTE, EL APENDICE CECAL PRESENTA CUATRO CAPAS LAS CUALES SE ENCUENTRAN EN TODO EL TUBO DIGESTIVO; LA MAS INTERNA DE ESTAS CA PAS ES LA MUCOSA LA CUAL CONTIENE UN EPITELIO DE REVESTIMIENTO EL CUAL ES UN EPITELIO CILINDRICO SIMPLE, EL CUAL SE ENCUENTRA ALTERNANDO CON - CELULAS CALICIFORMES, LA CUAL SU FUNCION ES LA PRODUCCION DE MUCINA, ES TE EPITELIO TIENE LA CARACTERISTICA ASI COMO EL RESTO DEL COLON DE TENER A CAPACIDAD DE ABSORCION PRINCIPALMENTE. LA SIGUIENTE CAPA ES LA SUBMU CO SA LA CUAL SU CARACTERISTICA PRINCIPAL ES LA PRESENCIA DE TEJIDO LINFOI DE, ASI COMO EN LA INFANCIA LA PRESENCIA DE CENTROS GERMINATIVOS Y LA - PRESENCIA DE PULPA LINFOIDE, LA CARACTERISTICA DE ESTA CAPA SE VA PER-- DIENDO CON LOS AÑOS, ESTO QUIERE DECIR QUE EN LOS PACIENTES ANCIANOS NO- PRESENTAN LA CARACTERISTICA DE ESTA CAPA. LA TERCER CAPA ES LA MUSCULAR- LA CUAL SE ENCUENTRA DISPUESTO EN DOS CAPAS; LA INTERNA CIRCULAR Y LA EX TERNA LONGITUDINAL Y CERCA DE LA BASE DEL APENDICE PRESENTA UNA CONFOR- MACION LA CUAL ES LA PRESENCIA DE UNA VALVULA POR LO MENOS DESDE EL PUN- TO DE VISTAMICROSCOPICO LA CUAL SE HA VISTO QUE DESDE EL PUNTO DE VISTA FUNCIONAL ES MINIMO, LA CUAL SE DENOMINA DE GERLACHE. LA CUARTA CAPA ES- SEROSA LA CUAL CORRESPONDE AL PERITONEO VISCERAL.

ESTO CONSTITUYE LAS CAPAS HISTOLOGICAS DEL APENDICE CECAL, LA CUAL COMO SE MENCIONO ANTERIORMENTE COMO EL RESTO DEL TRACTO GASTROINTESTINAL.

A N A T O M I A M A C R O S C O P I C A

LA ANATOMIA DE ESTA ESTRUCTURA LA PODEMOS REVISAR EN DOS ASPECTOS - UNA SIENDO DEL INDOLE QUIRURGICO Y OTRA DEL PUNTO DE VISTA ANATOMICA.

DESDE EL PUNTO DE VISTA QUIRURGICA, EL APENDICE CECAL SE ENCUENTRA- LOCALIZADO EN LA SUPERFICIE POSTEROMEDIAL DEL CIEGO A UNOS 2.5 CM. DE LA VALCULA ILEOCECAL. LA BASE APENDICULAR CORRESPONDE A LA CONFLUENCIA DE - LAS TRES BANDELETAS DEL COLON, LA LONGUITUD DEL APENDICE CECAL SON VARIA- DAS PERO VAN DE 1 A 25 CM.. LAS POSICIONES MAS FRECUENTES SON LAS SIGUI- ENTES:

- PARACOLICA (LA CUAL SE LOCALIZA EN EL LADO EXTERNO DEL CIEGO); CO-- RRESPONDE A UN 0.4 %.
- PREILEAL, POSTILEAL Y LA PROMONTORICA, LA CUAL SE ENCUENTRA LA PUNTA- HACIA EL PROMONTORIO SACRO, ESTA CORRESPONDE A UN 1.04 %.
- SUBCECAL; CORRESPONDE A UN 2.26 %.
- PELVIANA (EN LA CUAL EL APENDICE CECAL SE ENCUENTRA EN LA CAVIDAD -- PELVICA, ESTO ES UN APENDICE LARGO) CORRESPONDE A UN 31.01 %.
- RETROCECAL (SE UBICA DETRAS DEL CIEGO), ES LA UNICA POSCICION LA -- CUAL ES RETROPERITONEAL, CORRESPONDE A UN 65.28 %.

DESDE EL PUNTO DE VISTA ANATOMICO, LA IRRIGACION DEL APENDICE ESTA- DADA POR UNA RAMA COLATERAL DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR (LA CUAL ES LA ARTERIA DEL INTESTINO MEDIO), LA CUAL ES LA ARTERIA APENDICULAR - LA CUAL SE HA DADO EL NOMBRE DE ILEOCEAPENDICULOCLICA (TESTUT) , SU- LONGUITUD ES DE 6 A 17 CM. LA FORMA MAS FRECUENTE DE DIVISION: DOS CO--- RRESPONDE AL CIEGO Y RECIBEN EL NOMBRE DE ARTERIA CECAL ANTERIOR Y POSTE- RIOR. UNA CORREPONDE A LA ARTERIA APENDICULAR Y LA TERCERA SON LAS RAMAS ILEALES.

LAS ARTERIAS CECALES SON LAS ANALOGAS DE LOS VASOS RECTOS EN EL INTESTINO DELGADO, Y SU DISTRIBUCION ES IGUAL .

LA ARTERIA CECAL ANTERIOR, ES LARGA, LA CUAL SE DISTRIBUYE A LA DERECHA Y SE ENCUENTRA CONTENIDA EN EL REPLIEGUE PERITONEAL EL CUAL - SE DENOMINA PLIEGUE MESENTERICOCECAL, DA RAMAS HACIA LA CARA ANTERIOR DEL CIEGO Y EXCEPCIONALMENTE DA RAMAS AL APENDICE, ESTA ARTERIA PUEDE SER DOBLE O TRIPLE.

LA ARTERIA CECAL POSTERIOR, ES MAS LARGA Y DE MAYOR CALIBRE; IRRIGA LA CARA POSTERIOR DEL CIEGO Y SE ANASTOMOSA CON LA ARTERIA CECAL ANTERIOR.

LA ARTERIA APENDICULAR, ES UNICA GENERALMENTE, SE ORIGINA POR DETRAS DEL ILEON, SE ENCUENTRA ENCERRADA EN EL MESOAPENDICE Y ESTE SE LOCALIZA A LA IZQUIERDA DEL APENDICE; ESO QUIERE DECIR DEL LADO MEDIAL. LA ARTERIA CORRE PARALELAMENTE AL APENDICE DENTRO DEL MESENTERIO-DA DE DOS A SEIS RAMOS.

HAY UN RAMO ILEAL EL CUAL ES INCONSTANTE Y EN OCACIONES DA UNA RAMA AL APENDICE, AL IGUAL QUE DA ORIGEN A LA ARTERIA ILEAL RECURRENTE, TAMBIEN INCONSTANTE.

LAS VENAS DEL CIEGO SIGUEN EL TRAYECTO MUY SEMEJANTE DE DISTRIBUCION DE LA ARTERIA APENDICULAR, LA CUAL DRENA HACIA LA VENA ILEOAPENDICULAR QUE A SU VEZ DRENA A LA VENA MESENTERICA SUPERIOR QUE ES AFLUENTE DE LA VENA PORTA.

LOS LINFATICOS DEL CIEGO SE DIVIDEN ENTRES GRUPOS: 1. LINFATICOS ANTERIORES; 2. LINFATICOS POSTERIORES Y 3. LOS LINFATICOS APENDICULARES.

LOS LINFATICOS ANTERIORES O PRECECALES SE ORIGINAN, COMO SU NOMBRE LO INDICA , EN LA CARA ANTERIOR DEL CIEGO, SIGUIENDO EL EL TRAYECTO DE LA ARTERIA CECAL ANTERIOR, ESTOS LINFATICOS DESEMBOCAN EN LOS -

GANGLIOS CECALES ANTERIORES LOS CUALES SON EN NUMERO DE DOS O TRES, SITUADOS EN EL REPLIEGUE ILEOCECAL ANTERIOR.

LOS LINFATICOS POSTERIORES O RETROCECALES, SIGUEN EL TRAYECTO DE LA ARTERIA DEL MISMO NOMBRE, PARA DESEMBOCAR EN LOS GANGLIOS CECALES -- POSTERIORES.

LOS LINFATICOS APENDICULARES, DISCURREN POR EL MESOAPENDICE Y VAN DEL VERTICE A LA BASE, PUEDEN DESEMBOCAR EN EL GRUPO CECAL ANTERIOR O POSTERIOR. TODOS ESTOS GRUPOS LINFATICOS DESEMBOCAN POSTERIORMENTE; SIGUIENDO EL TRAYECTO DE LA ARTERIA ILEOCECOAPENDICULOCOLICA HACIA SU SEGUNDO RELEVO EL CUAL SE ENCUENTRA EN EL ORIGEN DE LA ARTERIA MESENTERICA SUPERIOR, PARA POSTERIORMENTE DRENAR EN LOS GANGLIOS PARAAORTICOS.

LOS REPLIEGUES PERITONEALES DEL APENDICE SE ENCUENTRAN EN RELACION DIRECTO CON EL CIEGO Y LA PARTE TERMINAL DEL ILEON, SIENDO ESTAS LAS FOSAS ILEOCECALES SUPERIOR O ANTERIOR LA CUAL CONTINE LOS ELEMENTOS VASCULARES, LA FOSITA RETROCECAL ES SOLAMENTE UN ADOSAMIENTO PERITONEAL, Y LA TERCERA Y ULTIMA ES LA FOSITA ILEOCECAL INFERIOR EN LA CUAL SU CONTENIDO ES TANTO VASCULAR COMO NERVIOSO.

F I S I O L O G I A

EL APENDICE CECAL ES CONSIDERADO POR MUCHOS AUTORES AUN EN LA ACTUALIDAD COMO UN VESTIGIO EN EL CUAL NO SE LE ENCUENTRA UNA FUNCION ESPECIFICA.

LAS PRUEBAS EN LA ACTUALIDAD SUGIEREN QUE DURANTE EL DESARROLLO EMBRINARIO EL GRAN CONTENIDO EN LA SUBMUCOSA DE TEJIDO LINFOIDE Y LA PRODUCCION HEMATOPOYETICA SUGIEREN QUE EL APENDICE VERMIFORME ES UN ANALOGO DE LA BURSA DE FABRICIO EN LAS AVES, DESEMPEÑANDO UN PAPEL IMPORTANTE EN LA PRODUCCION DE INMUNOGLOBULINAS.

EN EL AÑO DE 1964 FISIÓLOGOS FRANCESES (4) SUGIRIERON QUE PODRIA ACTUAR COMO UN DISPOSITIVO PROTECTOR CONTRA LOS VIRUS ENTERICOS, ASI COMO CIERTA PROTECCION ANTINEOPLASICA Y ESTO SE BASO EN EL AUMENTO DE FRECUENCIA DE CARCINOMA DE COLON EN PACIENTES EN LOS CUALES SE LES HABIA REALIZADO APENDICECTOMIA.

LA PRODUCCION EN UN INICIO AUMENTADA DE INMUGLOBULINAS EN TEMPRANA EDAD VAN DISMINUYENDO HASTA QUEDAR TOTALMENTE ATROFIADOS EN LA EDAD ADULTA, EDAD MAS FRECUENTE DE PRESENTACION DE CARCINOMA DE COLON.

ADEMÁS DE ESTA FUNCION, EL APENDICE CECAL PRESENTA LAS MISMAS FUNCIONES QUE EL RESTO DEL COLON, COMO SON PRODUCTORES DE MOCO POR LAS CELULAS CALICIFORMES Y LA ABSORCION DE AGUA.

F I S I O P A T O L O G I A

LA APENDICITIS ACUDA ES UNA CONSECUENCIA DE LA OBSTRUCCION INTRALUMINAL DEL APENDICE CECAL, Y POR ESTUDIOS DE HISTOPATOLOGIA SE HA VISTO - QUE EN UN 60 % PRESENTA UNA HIPERPLASIA DE LOS FOLICULOS LINFOIDES SUBMUCOSOS, EN UN 35% POR FECALITOS, 4 % LA PRESENCIA DE BEZOARES Y EL RESTO- NO HAY UNA CAUSA APARENTE DE LA PRODUCCION DE LA OBSTRUCCION.

LA CAUSA MAS FRECUENTE DE APENDICITIS ES LA PRIMERA Y LA SEGUNDA DE CADA DE LA VIDA; ES LA OBSTRUCCION DE LA LUZ POR UNA HIPERPLASIA DE TEJIDO LINFOIDE Y ESTO ES COMPRESIBLE SIENDO EN ESTA EDAD CUANDO EXISTE UN GRAN NUMERO DE CENTROS GERMINATIVOS EN LA SUBMUCOSA. LA OBSTRUCCION EN LOS ADULTOS ES DEBIDO A LA PRESENCIA DE FECALITOS. UNA PEQUEÑA PROPORCCION COMO CAUSA DE OBSTRUCCION INTRALUMINAL ES LA PRESENCIA DE PARASITO.

LAS ETAPAS HISTOPATOLOGICAS POR LA QUE CURSA LA EVOLUCION DE LA APENDICITIS ACUDA, SON LAS QUE SIGUEN :

EL APENDICE CECAL CON INFLAMACION ACUDA ES SUCEPTIBLE DE IDENTIFICAR LA PRESENCIA DE UN EXUDADO INFLAMATORIO ESCASO EN TODA LA PARED QUE AFECTA A LA MUCOSA, SUBMUCOSA, MUSCULAR PRINCIPALMENTE Y LA SEROSA. EN ESTA ETAPA LOS VASOS SUBSEROSOS SE ENCUENTRAN CONGESTIONADOS. ESTA REACCION TRANSFORMA A LA SEROSA EN UNA MEMBRANA CONGESTIONADA Y ROJA. EN ESTA ETAPA EL CIRUJANO LO DIAGNOSTICA COMO APENDICITIS ACUDA TEMPRANA. POSTERIORMENTE EL EXUDADO NEUTROFILO EN TODA LA PARED ES MAS AVANZADO, HAY ABUNDANTES POLIMORFONUCLEARES, EN LA CAPA MUSCULAR HAY UNA REACCION FIBRINOPURULENTE, ESTO SE TRANSFORMA CON LA PRESENCIA DE MICROABSCESOS DENTRO DE LA PARED, CON ULCERA Y FOCOS DE NECROSIS SUPURADA EN LA MUCOSA. EN ESTA ETAPA LA SEROSA SE MUESTRA COMO UNA CAPA GRUESA DE EXUDADO FIBRI

NO PURULENTO SE LE LLAMA COMO APENDICITIS SUPURADA AGUDA.

AL AGRAVARSE MAS LA REACCION SE PRODUCEN ZONAS DE EXTENSAS ULCERAS-HEMORRAGICAS EN LA MUCOSA CON NECROSIS GANGRENOSA EN TODA LA PARED Y LLEGA HASTA LA SEROSA Y SE LE CONOCE CON EL NOMBRE DE APENDICITIS GANGRENOSA AGUDA.

EL REQUISITO PARA DIAGNOSTICAR UNA APENDICITIS AGUDA POR HISTOPATOLOGIAES LA PRESENCIA DE UNA INFILTRACION EN LA CAPA MUSCULAR DE POLIMORFONUCLEARES. DEBE RECORDARSE INVARIABLEMENTE LA POSIBILIDAD DE UNA TROMBOSIS INFLAMATORIA DE LOS VASOS SANGUINEOS EN EL MESOAPENDICE, EL ATAQUE VASCULAR DE ESTA INDOLE PUEDE CONDICIONAR A LA APARICION DE UNA PILEFLEBITIS O ABSCESOS HEPATICOS.

EL TERMINO DE APENDICITIS CRONICA COMO TAL EXISTE, ASI COMO EL DIAGNOSTICO HISTOPATOLOGICO, MAS SIN EMBARGO EN LA CLINICA NO SE CONSIDERA.

LA APENDICITIS CRONICA VERDADERA AUN EN HISTOPATOLOGIA ES RARA (12) SE CARACTEROSTIZA MICROSCOPICAMENTE POR LA PRESENCIA DE UN ENGROSAMIENTO Y ESCLEROSIS DEL APENDICE, QUE PRESENTA UNA REACCION SUBSEROSA IMPORTANTE, ENGROSAMIENTO DE LA PARED Y DISMINUCION DEL CALIBRE DE LA LUZ.

LA CARACTERISTICA HISTOPATOLOGICA PARA DIAGNOSTICAR UNA APENDICITIS CRONICA ES LA PRESENCIA DE BASOFILOS EN LA CAPA MUSCULAR.

LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICITIS AGUDA SON LOS ABSCESOS APENDICULARES LOCALIZADOS, PILEFLEBITIS CON TROMBOSIS DE LA VENA PORTA, ABSCESOS HEPATICOS Y SEPTICEMIA.

CABRIA MENCIONAR QUE LA APARICION DE ABSCESOS APENDICULARES O PERITONITIS NO ENTRAÑA OBLIGADAMENTE LA PRESENCIA DE LA PERFORACION O RUPTURA DEL APENDICE, PORQUE LOS MICROORGANISMOS ATRAVIESAN LA PARED LESIONA DA SIN PERFORACION MACROSCOPICA.

F R E C U E N C I A

LA APENDICITIS AGUDA ES EL PROCEDIMIENTO QUIRURGICO MAS FRECUENTE- DEL ABDOMEN, SE PUEDE PRESENTAR A CUALQUIER EDAD PERO ES MAS FRECUENTE- EN LA SEGUNDA Y TERCERA DECADA DE LA VIDA. ES RARA EN RECIEN NACIDOS -- PORQUE LA CONFIGURACION ANATOMICA DEL APENDICE; EN LA CUAL SE PRESENTA- CON UNA LUZ MUY AMPLIA. LA CANTIDAD DE TEJIDO LINFOIDE EN EL APENDICE - Y LA FRECUENCIA DE APENDICITIS AGUDA TIENEN BASTANTE RELACION , CON CI- FRAS MAXIMAS A LA MITAD DEL SEGUNDO DECENIO DE LA VIDA.

LA RELACION ENTRE AMBOS SEXOS ES DE 1:1 PARA LA APENDICITIS ANTES- DE LA PUBERTAD, DESPUES AUMENTA LA FRECUENCIA EN LOS VARONES HASTA AL-- CANZAR CIFRAS DE 2:1 ENTRE LOS 15 Y LOS 25 AÑOS; MAS TARDE DISMINUYE -- GRADUALMENTE HASTA QUE DE NUEVO PRESENTA LA MISMA RELACION EN AMBOS SE- XOS.

EN LAS ULTIMAS TRES A CUATRO DECADAS HA DISMINUIDO SIGNIFICATIVA-- MENTE LA FRECUENCIA DE APENDICITIS AGUDA QUE REQUIERE CIRUGIA, TENDEN-- CIA QUE PARECE CONTINUAR EN PAISES COMO ESTADOS UNIDOS, GRAN BRETAÑA,-- SUECIA Y NORUEGA. PARTE EN LA DISTRIBUCION Y LA DISMINUCION EN EL NUME- RO DE APENDICECTOMIAS PRIMARIAS ES ATRIBUIBLE A UN MEJOR DIAGNOSTICO. - NO SE HA ESTABLECIDO EL PORQUE DE LA MENOR FRECUENCIA DE APENDICITIS -- AGUDA. SE HA PUESTO COMO CAUSAS POSIBLES CAMBIOS EN LA FLORA INTESTINAL MEJOR NUTRICION, MAYOR INGESTION DE VITAMINAS, ANTIBIOTICOS, ENTRE OTRAS CAUSAS ATRIBUIBLES.

B A C T E R I O L O G I A

AUNQUE SE HAN POCOS ESTUDIOS AL RESPECTO A LA FLORA DEL APENDICE - AL PARECER ES MUY CUALITATIVAMENTE SEMEJANTE A LA DE LAS HECEC FECAL- LA ESTIMACION EN EL NUMERO DE MICROORGANISMOS VARIA, ALGUNOS INVESTIGADORES SUGIEREN QUE LOS CONTEOS SON MAYORES QUE EN EL COLON.

EL APENDICE PUEDE TENER 400 A 500 CLASES DE BACTERIAS, DEBIDO A LA GRAN COMPLEJIDAD DE LA FLORA FECAL. EL CONTEO DE ANAEROBIOS ES IGUAL -- QUE EN EL RESTO DEL COLON QU ES DE 3.79×10^8 A LA 11^8 Y LA RELACION DE- ANAEROBIOS- AEROBIOS ES DE 3 000 A 1.

ENTRE LOS AEROBIOS LOS MICROORGANISMOS MAS FRECUENTES ES LA ESPE-- CIE DE BACILLUS, DE LOS ANAEROBIOS LAS EUBACTERIAS Y BIFIDOBACTERIUM -- SON BACIOS NO FORMADORES DE ESPORAS, RELATIVAMENTE NO PATOGENOS.

LOS CULTIVOS EFECTUADOS DE UN APENDICE INFLAMADO SON POR LO GENE-- RAL POLIMICROBIANOS. DE LOS MICROORGANISMOS EN CRECIMIENTO, PREDOMINAN- LAS BACTERIAS ANAEROBIAS Y DE LAS QUE SE AISLAN CON MAYOR FRECUENCIA -- SON LA ESPECIE BACTEROIDES EN 78 % (15). SE LLEGAN AISLAR CON MAS FRE- CUENCIA CUANDO ESTA PERFORADO EL APENDICE. LA SEPSIS QUE SE DESARROLLA- EN OTRO LADO COMO CONSECUENCIA DE LA APENDICITIS SE RELACIONA CON LA -- GRAVEDAD DE ESTA.

DE LA ESPECIE DE BACTEROIDES EL MAS FRECUENTE QUE SE AISLA Y EL -- MAS PATOGENO ES EL BACTEROIDES FRAGILIS EL CUAL SE LLEGA AISLAR COMO SE MENCIONO CERCANO AL 80 %. EL CLOSTRIDIUM PERFRINGES ES OTRA BACTERIA PA- TOGENA EN LAS INFECCIONES INTRAABDOMINALES.

HAY ALGUNAS BACTERIAS QUE SE CONSIDERAN PARTE DE LA FLORA NORMAL - QUE EN ALGUN MOMENTO PUEDEN CAUSAR INFECCION COMO LO ES LA E. COLI.

F A C T O R E S E T I O L O G I C O S

SE HAN OBSERVADO UNA MAYOR FRECUENCIA DE LA APENDICITIS EN LUGARES COMO AMERICA DEL NORTE, ISLAS BRITANICAS, AUSTRALIA, NUEVA ZELANDA Y EN SUDAFRICANOS BLANCOS. ES RARA EN PARTE DE ASIA, AFRICA CENTRAL, POR LO QUE SE HA POSTULADO LA INFLUENCIA DEL FACTOR RACIAL EL CUAL HASTA EL MO MENTO NO HA SIDO BIEN COMPROBADO.

LOS TRAUMATISMOS PREVIOS EN EL ABDOMEN SE CONSIDERA QUE PUEDEN VARIAR EN POSICION DEL APENDICE EN EL CUAL ESTE MAS SUJETO A TENER UNA OBSTRUCCION O UNA DIFICULTAD EN SU VACIAMIENTO CON LA CONSIGUIENTE ESTA SIS E INICIO DEL PROCESO INFLAMATORIO.

LA SUCEPTIBILIDAD FAMILIAR HA SIDO PROPUESTO POR PERRY Y KEELER EN EL CUAL SE OBSERVO EN ALGUNAS FAMILIAS ESTUDIADAS.

SE HA VISTO QUE CUANDO HAY UN CUADRO PREVIO DE ATAQUE A LAS VIAS RESPIRATORIAS ALTAS PARA DESPUES INICIAR CON UN CUADRO APENDICULAR POR LO QUE SE HA SUGERIDO LA PARTICIPACION DE UN PROBLEMA VIRAL EL CUAL HAS TA EL MOMENTO NO HA SIDO BIEN COMPROBADO AUNQUE LA HIPOTESIS RESPECTO A ESTE PROBLEMA DATA DE TIEMPO ATRAS.

INFECCIONES POR VIA HEMATOGENA COMO UNA COMPLICACION DE UN PROBLEMA SEPTICO SISTEMICO, ESTA EN DUDA.

M O R B I M O R T A L I D A D .

LA MORTALIDAD POR APENDICITIS EN ESTADOS UNIDOS HA DISMINUIDO EN UNA FORMA CONSTANTE DESDE UNA CIFRA DE 9.9 POR CADA 100 000 EN 1939 HASTA DE 0.3 POR 100 000 EN 1981. DENTRO DE LOS FACTORES PARTICIPANTES PARA ES TA DISMINUCION ES MEJOR DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO OPORTUNO ASI COMO EL- USO DE ANTIBIOTICOS DE AMPLIO ESPECTRO USADOS HOY EN DIA.

LA EDAD DEL PACIENTE Y LA PERFORACION DEL APENDICE SON LOS PRINCIPA LES FACTORES QUE RIGEN SOBRE LA MORBIMORTALIDAD. LA MORTALIDAD DEL APEN- DICITIS EN GGENERAL SIN RUPTURA ES DE 0.06 %. EN LA APENDICITIS AGUDA -- CON RUPTURA ES DE 3 %. LA MORTALIDAD EN UN INDIVIDUO AÑOSO ES DE 15 %, - CINCO VECES MAYOR QUE EL GLOBAL.

LA MUERTE EN ESTOS PACIENTES SE PUEDE ATRIBUIR A INFECCION SIN CON- TROL, PERITONITIS, ABSCESOS INTRAABDOMINALES O SEPTICEMIA POR GRAM NEGA- TIVOS.

SEGUN MALT LAS TASAS DE MORBILIDAD SON SEMEJANTES, LA CUALES AUMENTA LA MORBILIDAD, LAS CUALES PUEDEN SER LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGI- CA, ABSCESOS INTRABDOMINALES, ACOMPAÑOS ESTOS DE DEHICENCIA DE LA HERI- DA, EL TIPO DE INCISION QUE MAS SE ACOMPAÑA EL PROCEDIMIENTO.

LA OBSTRUCCION INTESTINAL (ileo paralítico) PUEDE EVOLUCIONAR A - UNA OBSTRUCCION DE TIPO MECANICO Y ESTO CONDICIONAR A LA APARICION DE -- ABSCESOS TABICADOS O FORMACION DE ABUNDANTES ADHERENCIAS.

AUNQUE LA MORTALIDAD SE HA ABATIDO EN FORMA CONSIDERABLE, LA MORBI- LIDAD NO HA DISMINUIDO A PESAR DE LA INTRODUCCION DE ANTIBIOTICOS DE AM- PLIO ESPECTRO, PERO LO PRINCIPAL SE ENCUENTRA EN MANEJAR LOS TIEMPOS SEP TICOS DE LA CIRUGIA.

DIAGNOSTICO CLINICO

HA PESAR DE LA EVOLUCION DE NUEVOS PROCEDIMIENTOS DIAGNOSTICOS EL CUAL SIN DUDA HA SIDO UN AVANCE EN LA MEDICINA, EN LA APENDICITIS AGUDA - CONTINUA SIENDO EL DIAGNOSTICO CLINICO, EL CUAL ACOMPAÑADO DE LOS RESULTADOS DE LOS ESTUDIOS DE GABINETE Y LABORATORIO DAN UNA CERTEZA DIAGNOSTICA DE 80 - 85 % (22).

EN EL ARTICULO DE JHON BERRY EL MENCIONA DE LA PRESENTACION DE LOS SINTOMAS INDISTINGUIBLES DE UNA APENDICITIS AGUDA DE UNA APENDICE NORMAL ES LA ANOREXIA. CASI TODOS LOS PACIENTES EL SINTOMA UNIVERSAL ES EL DOLOR ABDOMINAL. LA DISURIA O EL AUMENTO DE LA FRECUENCIA DE LA MICCION ES CINCO VECES MAS FRECUENTE EN LA APENDICITIS. LA PRESENCIA DE FIEBRE ES MAS COMUN EN ESTE PADECIMIENTO. LA PRESENCIA DE DIARREA EN ESTOS PADECIMIENTOS NO ES ESTADISTICAMENTE SIGNIFICATIVA COMO PARA QUE SE TOMEN EN CUENTA PARA EL DIAGNOSTICO.

LA FORMA DE PRESENTACION DEL DOLOR ABDOMINAL EN LOS CUADROS DE APENDICITIS ES EN INCIO MATUTINO DEL DOLOR LOCALIZADO EN LA REGION DEL EPIGASTRIO O MESOGASTRIO, ESTO ES DEBIDO POR UNA IRRITACION EN LA DISTRIBUCION DE LA INERVACION DEL PLEXO CELIACO PARA POSTERIORMENTE LOCALIZARSE EN LA FOSA ILIACA DERECHA, EL DOLOR SE ACOMPAÑA DE DOS SINTOMAS - PRINCIPALMENTE QUE SON EL VOMITO Y LA HIPERTERMIA, ESTOS SINTOMAS SON - LOS MAS FRECUENTES EN ESTA PATOLOGIA.

EL MEDICO POR LO GENERAL VE POR PRIMERA VEZ AL PACIENTE CON UN PROMEDIO DE 6 HRS DESPUES DE HABER INICIADO SU SINTOMATOLOGIA.

A LA EXPLORACION FISICA PRESENTA DOLOR EN LA FOSA ILIACA DERECHA - CON DATOS DE IRRITACION PERITONEAL COMO SON AUSENCIA DEL PERISTALTISMO, SIGNO DE ROVSING, VON BLUMBERG Y CAPURRO POSITIVO. AL TACTO VAGINAL O RECTAL EL 70 % DE LOS PACIENTES PRESENTA DOLOR EN EL FONDO DE SACO LATE

RAL DERECHO COMO UNA CONSECUENCIA DE LA IRRITACION PERITONEAL O LIQUIDO-
QUE SE ENCUENTRA LOCALIZADO AHI.

CON ESTE CUADRO CLINICO ELMEDICO DEBE DE TENER LA SOSPECHA QUE SE -
PUEDA TRATAR DE UN CUADRO ABDOMINAL AGUDO.

LA AYUDA PARA EL DIAGNOSTICO SE ENCUENTRA EL LABORATORIO EL CUAL SE
ENCUENTRA AUMENTADO EN UN 21 % LA CIFRA LEUCOCITARIA ALCANZANDO ENTRE -
14 000 \pm 3 800 / mm³ ; LOS POLIMORFONUCLEARES AUMENTAN EN UN 7 %. LOS PA
CIENTES QUE A SU VEZ PRESENTAN SINTOMAS URINARIOS EL ESTUDIO DE UN URIA-
NALISIS ES IMPORTANTE.

ESTOS SINTOMAS QUE ESTAMOS MENCIONANDO FUERON DESCRITOS POR REGINAL
H. FITZ EN SU ARTICULO DE 1898.

LOS DATOS DE LAS PLACAS QUE SON DE UNA APENDICITIS AGUDA LOS CUALES
SON CARACTERISTICOS, NUNCA PATOGNOMONICOS DE LA PATOLOGIA SON: NIVELES-
HIDROAEREOS LOCALIZADOS EN LA FOSA ILIACA DERECHA, ILEO GENERALIZADO O -
LOCALIZADO COMUNNTE LLAMADO ASA CENTINELA, AUMENTO DE LA DENSIDAD DE -
LOS TEJIDOS BLANDOS, BORRAMIENTO DEL MUSCULOS PSOAS DERECHO, PRESENCIA -
DE FECALITOS, PERDIDA DE GRASA PREPERITONEAL, AUSENCIA DE GAS EN EL IN--
TESTINO DELGADO, BORRAMIENTO DE LA ARTICULACION SACROILIACA DERECHA, CIE
GO DESPLAZADO O FIJO, AIRE LIBRE SUBDIAFRAGMATICO (RARO). ESTOS DATOS-
RADIOLOGICOS DEBE DE SER CORROBORADOS Y CORRELACIONADOS CON LOS DATOS --
CLINICOS Y DE EXPLORACION PARA HACER UNA RELACION CLINICA DE LOS DATOS -
OBTENIDOS EN EL ESTUDIO.

LOS ESTUDIOS MAS SIFISTICADOS COMO ES EL CASO DE ULTRASONIDO O LA -
TOMOGRAFIA AXIAL NO TIENEN UTILIDAD DIAGNOSTICA IMPORTANTE EN LA APENDI-
CITIS AGUDA, PERO SON MUY UTILES EN DIAGNOSTICAR LAS COMPLICACIONES DE -
ESTA PATOLOGIA (17).

DENTRO DEL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE ESTA PATOLOGIA DEBEN INCLUIR-
SE LA ENFERMEDAD PELVICA INFLAMATORIA (13 % ERROR), QUISTES DE OVARTO-
(ERROR DE 20.3 %) ADENITIS MESENTERICA (ERROR DE 8 %) NO SE ENCUENTRA
UN DIAGNOSTICO EN UN 61.1 % POR LO QUE SEGUN RONALD MALT SE TIENE UNA TA
SA DE ERROR CERCANA AL 17.2 %.

T R A T A M I E N T O

EL TRATAMIENTO DE LA APENDICTIS AGUDA ES QUIRURGICO EL CUAL DEBE DE IR ACOMPAÑADO O NO DE UN TRATAMIENTO MEDICO PRE, TRANS O POSTOPERATORIO, EL CUAL PUEDE CONSISTIR DESDE SOLUCIONES PARENTERALES PARA HIDRATAR AL - PACIENTE, INICIO DE ANTIBIOTICOS ANTE LA SOSPECHA DE COMPLICACIONES O ME JORAMIENTO DE SUS CONDICIONES (TRANSFUSIONES DE SANGRE, PLASMA, ETC.).

DENTRO DE LAS ALTERNATIVAS QUIRURGICAS INICIANDO DESDE EL ABORDAJE - SIEMPRE HA SIDO CONTROVERSIAL, DESDE 1894 CHARLES MC BURNEY PROPUSO LA - INCISION QUE HOY LLEVA SU NOMBRE LA CUAL FUE MUY POPULARIZADA EN SU TIEM PO AUN EN USO, AL CUAL EN CASO DE ESTAR COMPLICADO EL CUADRO PUEDE PRO-- LONGARSE Y DENOMINARSE INCISION DE RUTHERFORD MORISON LA CUAL ES SOBRE - LA VAINA DE LOS RECTOS DONDE SE PUEDE REALIZAR EL CORTE O NO DE LOS MUS- CULOS.

OTRA INCISION MUY POPULARIZADA HA INICIO DE ESTE SIGLO LA CUAL ES - TRANSVERSA ES LA DE ROCKEY DAVES LA CUAL ES REALIZANDO DIVULSION DE LOS- MUSCULOS OBLICUOS DEL ABDOMEN REALIZANDO O NO EL CORTE SOBRE LA VAINA DE LOS RECTOS Y ASI MISMO REALIZANDO O NO EL CORTE DEL MUSCULO, CUANDO SE- ENCUENTRA FRENTE A UN CASO COMPLICADO LA INCISION PROLONGADA SE DENOMI- NA DE FOWLER WEIR.

LA INCISION TRANSVERSA POPULARIZADA POR LOS CIRUJANOS PEDIATRAS SE CONSIDERA QUE SON LAS INCISIONES PARA CUANDO SE TRATA DE UN ABSCESO APEN DICULAR.

OTRO TIPO DE INCISIONES POPULARIZADA ACTUALMENTE ES LA PARAMEDIA DE- RECHA LA CUAL PUEDE SER TRANS O PARARRECTAL., LA INCISION MEDIANA INFRAU BILICAL SE REALIZA PRINCIPALMENTE EN MUJERES CON INCISIONES PREVIAS.

OTRA INCISION LA CUAL HA CAIDO EN DESUSO ES LA DE BATTLE JALAGUIER- LA CUAL POR SU DENERVACION A LA PARED ABDOMINAL Y LA FRECUENCIA EN PRODU

CIR HERNIAS POSTINCCIONALES HA CAIDO EN DESUSO, PROVOCANDO ASI MISMO LA FLACIDEZ DEL ABDOMEN.

DENTRO DE LAS TECNICAS DE APENDICECTOMIAS HAY VARIAS ENTRE LAS CUALES ENCONTRAMOS:

-- TIPO HALSTEAD, ES LA MAS POPULARIZADA Y ORIGINALMENTE SE DESCRIBIO CON INVAGINACION DEL MUÑON CON MATERIAL ABSORBIBLE, EL MUÑON NO SE REALIZABA LIGADURA. ACTUALMENTE SE REALIZA LA LIGADURA DEL MUÑON Y LA INVAGINACION ES CON MATERIAL ABSORBIBLE.

-- TIPO POCHE, DESCRITO POR UN MEDICO FRANCES A PRINCIPIOS DE SIGLO SOLAMENTE REALIZABA LA LIGADURA DEL MUÑON APENDICULAR SIN INVAGINACION DEL MISMO.

-- TIPO PARKER KERR, ESTA TECNICA ORIGINALMENTE FUE DESCRITA PARACIERRE DEL MUÑON DUODENAL, HA SIDO UTIL EN CASO DE ENCONTRAR EN APENDICES DE BASE ANPLIA.

-- TIPO OSCHNER, FUE DESCRITA POR EL DR. A.J. OSCHNER DE LA CLINICA MAYO EN CUAL REALIZABA INVAGINACION DE TODO EL APENDICE SOBRE LA LUZ DEL CIEGO.

-- TIPO ZUCKERMAN, DESCRITA POR MEDICO ALEMAN EN EL CUAL REALIZABA LA APENDICECTOMIA Y REALIZABA LA INVAGINACION CON UN PUNTO EN Z.

A PESAR DE TODAS ESTAS TECNICAS LA MAS POPULARIZADAS EN TODO EL MUNDO SON LA DE POCHE Y HALSTEAD, DONDE SE HAN REALIZADO ESTUDIOS PROSPECTIVOS Y NO SE HA ENCONTRADO DIFERENCIA ESTADISTICA SIGNIFICATIVA.

C O M P L I C A C I O N E S

DENTRO DE LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES DE LA APENDICECTOMIA ES LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA LA CUAL SE ENCUENTRA EN RELACION -- ON EL ESTADIO DE LA APENDICITIS AGUDA, PERO ES DE APROXIMADAMENTE 5 % EN APENDICITIS NO PERFORADA Y CERCA DE UN 20 % EN LAS APENDICITIS PERFORADAS.

OTRA DE LAS COMPLICACIONES DE LA APENDICECTOMIA ES LA PRESCENCIA DE UN ABSCESO INTRAABDOMINAL LA CUAL SUCEDE EN UN 20 % EN LOS CASOS DE APENDICITIS PERFORADA, LOS CUALES SE LOCALIZAN PRINCIPALMENTE EN LA FOSA ILLACA DERECHA O EN EL HUECO PELVICO (18).

LA PRESCENCIA DE UNA FISTULA FECAL LA CUAL ES OCACIONAL Y RARA PUEDE DEBERSE A UN DESLIZAMIENTO DE LA LIGADURA DEL MUÑON APENDICULAR GENERALMENTE NO INVERTIDO. LA MAYORRIA DE ESTAS FISTULAS CIERRAN ESPONTANEAMENTE; UNA COMPLICACION GRAVE ES LA PILIFLEBITIS, LA CUAL ES UNA TROMBOSIS SEPTICA DE LA VENA PORTA LA CUAL SE MANIFIESTA COMO ICTERICIA, FIEBRE, CALOFRIOS.

LA HEMORRAGIA ES LA COMPLICACION MAS TEMPRANA QUE SE PUDE PRESENTAR DENTRO DE LAS PRIMERAS 48 HRS. Y ES DEBIDA A FALLA TECNICA EN LA LIGADURA DE LA ARTERIA APENDICULAR. Y EL TRATAMIENTO CONSISTE EN REINTERVENIR PARA REALIZAR LA LIGADURA DEL VASO SANGRANTE.

LA OBSTRUCCION INTESTINAL PRINCIPALMENTE ES DE MANERA MECANICA LA CUAL PUEDE SER DEBIDA A UNA ADHERENCIA DEL PROCESO INFLAMATORIO O A UNA INCLUSION DE LA VALCULA ILEOCECAL EN LA TECNICA DE HALSTEAD, ESTE SUELE REQUERIR TRATAMIENTO QUIRURGICO.

LA DEHICENCIA DE LA HERIDA QUIRURGICA ES UNA COMPLICACION POCO FRECUENTE DE LA APENDICECTOMIA Y SE ENCUENTRA EN REALCION DIRECTA DE UN PRO

CESO SEPTICO EN LA HERIDA QUIRURGICA Y PUEDE ACOMPAÑARSE CON UNA INFECCION INTRAABDOMINAL.

ESTO LLEGA A SUCEDER POR TRES CAUSAS SOLAMENTE POR FALLA TECNICA, -
POR REALIZARLO CON SUTURA QUE PUEDA LLEGAR A ROMPERSE U EN SU DEFECTO --
CORTAR EL TEJIDO.

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A

SE HA MENCIONADO A TRAVES DE DIFERENTES ESTUDIOS PUBLICADOS QUE LA APENDICITIS AGUDA ES LA CAUSA MAS FRECUENTE DE ABDOMEN AGUDO Y LA APENDICECTOMIA ES LA CIRUGIA DE URGENCIA MAS FRECUENTE.

A PESAR DE LOS AVANCES EN LA MEDICINA EN EL MANEJO DE PACIENTES -- QUIRURGICOS, LA MORTALIDAD HA DISMINUIDO EN UNA FORMA CONSIDERABLE PERO NO ASI LA MORBILIDAD DE ESTA CIRUGIA.

POR LO QUE EL PRESENTE ESTUDIO REALIZADO EN ESTE HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARAGOZA " , ES DEMOSTRAR LO SIGUIENTE:

- LA INCIDENCIA DE ESTA PATOLOGIA
- LA RELACION ENTRE EL DIAGNOSTICO CLINICO Y EL DIAGNOSTICO HISTO PATOLOGICO.
- USO DE DRENAJES (ASI COMO LA VALORACION DEL MISMO, TIEMPO DE PERMANENCIA Y NUMERO DE ELLOS).
- TECNICA DE APENDICECTOMIA.
- TIPO DE INCISIONES.
- REALIZACION DEL LAVADO DE CAVIDAD ABDOMINAL DEPENDIENDO DE LOS HALLAZGOS QUIRURGICOS.
- MANEJO DE LA HERIDA QUIRURGICA.
- A SU VEZ HACER UNA RELACION CON EL MANEJO DE ESTA CIRUGIA EN -- OTROS CENTROS HOSPITALRIOS. PARA EVALUAR LOS NUESTROS.

M A T E R I A L Y M E T O D O S

SE REALIZO UN ANALISIS RETROSPECTIVOS, DESCRIPTIVO Y LONGUITUDINAL DE 821 PACIENTES, POR LOS CRITERIOS DE INCLUSION FUERON:

-- PACIENTES OPERADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO ZARA
GOZA.

-- OPERADOS DENTRO DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE MARZO DE ---
1988 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1990.

-- OPERADOS POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL.

-- SIN IMPORTAR EDAD, SEXO, CREDO O CONDICION ECONOMICA.

DENTRO DE LOS CRITERIOS DE EXCLUSION SON:

-- PACIENTES NO OPERADOS EN EL HOSPITAL REGIONAL " GRAL. IGNACIO -
ZARACOZA ".

-- PACIENTES OPERADOS DENTRO DEL PERIODO COMPRENDIDO DEL 1o. DE --
MARZO DE 1988 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1990.

-- PACIENTES OPERADOS POR OTRO SERVICIO.

-- PACIENTES A LOS CUALES EN SU EXPEDIENTE CLINICO NO SE ENCONTRA-
BAN DATOS COMPLETOS.

SE REALIZO LOS EXPEDIENTES CLINICOS DE LOS PACIENTES EN LOS CUALES
SE TOMO PRINCIPALMENTE: HISTORIA CLINICA, HOJA DE CIRUGIA, NOTAS DE EVO
LUCION Y EL INFORME DEFINITIVO DE PATOLOGIA.

R E S U L T A D O S

SE ENCONTRO QUE SE HABIAN REALIZADO 882 APENDICECTOMIAS DENTRO DEL PERIODO COMPRENDIDO DENTRO DEL 10. DE MARZO DE 1988 AL 30 DE NOVIEMBRE DE 1990, DE LOS CUALES FUERON EXCLUIDOS UN TOTAL DE 61 PACIENTES EN LOS CUALES NO SE ENCONTRO LOS PARAMETROS TOMADOS PARA ESTE ESTUDIO O EL EXPEDIENTE EN ALGUNAS OCACIONES SE ENCONTRAHA PERDIDO.

EN EL AÑO DE 1988, SE REALIZARON UN TOTAL DE 279 APENDICECTOMIAS DE LAS CUAES SE EXCLUYERON UN TOTAL DE 20 PARA REALIZAR UN TOTAL DE 259. EN EL AÑO DE 1989 APENDICECTOMIAS SE REALIZARON UN TOTAL DE 289, DE LAS CUALES SE EXCLUYERON 21 PARA HACER UN TOTAL DE 289. EN EL AÑO DE 1990 SE REALIZARON UN TOTAL DE 314 APENDICECTOMIAS DE LAS CUALES FUERON EXCLUIDAS DE 20 PARA HECER UN TOTAL DE 294. QUIERE DECIR QUE SE ANALIZARON UN TOTAL DE 821 APENDICECTOMIAS, LAS CUALES FUERON INCLUIDAS EN EL PRESENTE ESTUDIO.

LA DISTRIBUCION DE LOS GRUPOS DE EDADES SE REALIZO DFORMANDO LOS GRUPOS DE 0-2 AÑOS, DE 3- 10 AÑOS; DE 11- 20 AÑOS ; 21- 30 AÑOS; DE 31 A 40 AÑOS; DE 41 A 50 AÑOS Y DE 51 AÑOS EN ADELANTE.

DENTRO DEL PRIMER GRUPO DE 0- 2 AÑOS QUE CORRESPONDE A UN 0.2 %, UN PACIENTE FUE FEMENINO Y OTRO MASCULINO. DEL GROPO COMPRENDIDO DE 3 - 10 AÑOS CORRESPONDE DE UN TOTAL DE 101 (12. 3 %), DE LOS CUALES FUE CORRESPONDIO A 55 FEMENINOS (6.6 %) Y 46 MASCULINOS (5.6 %). DEL GRUPO COMPRENDIDO DE LOS 11 A LOS 20 AÑOS FUERON UN TOTAL DE 276 (33.6 %) DE LOS CUALES 147 FEMENINOS (17.9 %) Y 129 MASCULINOS (15. 7 %). DEL GRUPO DE 21 A LOS 30 AÑOS CORRESPONDE UN TOTAL DE 171 (20.8 %) Y DE LOS CUALES FUERON 81 FEMENINOS (9.8 %) Y 90 MASCULINOS (10.9 %). DEL GRUPO DE 31 A 40 AÑOS FUERON 123 (14.9 %) DE LOS CUALES FUERON 56 FEMENINOS (6.8 %) Y 67 MASCULINOS (8.1 %) . DEL GRUPO DE 41 A LOS 50 AÑOS

FUERON UN TOTAL DE 75 (9.1 %) DE LOS CUALES CORRESPONDIO A 45 FEMENINOS (5.4 %) Y DE 30 MASCULINOS (3.6 %). DEL ULTIMO GRUPO DE MAYORES-DE 51 AÑOS FUERON 73 (8.8 %) DE LOS CUALES CORRESPONDIO A 39 FEMENINOS (4.7 %) Y A 34 MASCULINOS (4.1 %).

HACIENDO UNA REVISION DE LAS APENDICECTOMIAS REALIZADAS EN ESTE HOSPITAL REGIONAL SE HA OBSERVADO QUE EL TIEMPO DE EVOLUCION DESDE EL INICIO DE SUS SINTOMAS HASTA QUE ACUDIERON A ESTA UNIDAD FUE DESDE UN MINIMO DE 2 HRS. HASTA 360 HRS. TENIENDO UN PROMEDIO ENTRE LAS 12 Y LAS 24 HRS. -- QUE CORRESPONDE A UN 65 %.

LOS SINTOMAS MAS FRECUENTES QUE PRESENTARON LOS PACIENTES DE LOS PACIENTES QUE SE INCLUYERON EN ESTA SERIE FUERON DE: DOLOR ABDOMINAL (100 %), NAUSEA (63 %), ANOREXIA (45 %), FIEBRE (35.2 %) Y EL RESTO ES-DE SINTOMAS URINARIOS, SINTOMAS GINECOLOGICOS ASI COMO SINTOMAS RESPIRATORIOS.

A LOS PACIENTES INCLUIDOS EN ESTE ESTUDIO FUERON DE 821 PACIENTES A LOS CUALES SE LE REALIZO APENDICECTOMIA, POR LOS DATOS CLINICOS TANTO AL INTERROGATORIO COMO A LA EXPLORACION, LOS RAYOS X O LOS EXAMENES DE LABORATORIO. DE ESTOS SINTOMAS SE OBSERVO QUE 156 PACIENTES NO ERA SU DIAGNOSTICO ERA APENDICITIS FUE 19 % Y LOS PRINCIPALES DIAG. CON LOS QUE HUBO ERROR FUERON:

QUISTE DE OVARIO EN 79 PACIENTES	...	9.6 %
ADENITIS MESENTERICA EN 31 PACIENTES	..	3.7 %
PIOSALPINX EN 17 PACIENTES	...	2.07 %
EMBARAZO ECTOPICO EN 18 PACIENTES	...	2.19 %
NO HUBO DIAGNOSTICO EN 11 PACIENTES	...	1.3 %

POR LO QUE SE OBSERVA EN ESTOS DATOS QUE POSTERIORMENTE ANALIZAREMOS ES QUE LOS PROBLEMAS GINECOLOGICOS SON LA PRINCIPAL CAUSA DE ERROR EN EL DIAGNOSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA.

SE MANDARON A PATOLOGIA LAS 821 PIEZAS QUIRURGICAS A LAS CUALES HAN ENTRADO CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS AGUDA.

POR LO QUE SE OBSERVO EN LOS RESULTADOS DE HISTOPATOLOGIA QUE DE LAS 821 PIEZAS QUIRURGICAS A ESTE SERVICIO REPORTARON COMO NORMAL 203 -- PIEZAS QUE CORRESPONDE A UN 24.7 %.

LA DIFERENCIA ENTRE EL DIAGNOSTICO POSTOPERATORIO Y EL DIAGNOSTICO DEFINITIVO DE HISTOPATOLOGIA HAY UNA DIFERENCIA QUE ES DE UN 5.7 % LOS CUALES EL CIRUJANO PRESENTARON UN ERROR "VISUAL".

SE REPORTARON COMO CASOS NO FRECUENTES DE HISTOPATOLOGIA A TRES -- (3) REPORTARON CON UN DIAGNOSTICO DE SALMONELOSIS, A DOS (2) CON UN DIAGNOSTICO DE APENDICITIS DEBIDA A AMEBIASIS, UNO (1) CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS DEBIDA A ASCARIDIASIS Y UNO SE REPORTO COMO ADENOCARCINOMA DE APENDICE CECAL AL CUAL SE LE REALIZO UNA HEMICOLECTOMIA DERECHA POR UNA APENDICITIS AGUDA COMPLICADA A LA CUAL SE LE REALIZO POSTERIORMENTE UNA ILEOTRANSVERSOANASTOMOSIS Y LOS BORDES QUIRURGICOS SE ENCONTRABAN LIBRE DE TUMOR.

DE LAS 821 APENDICECTOMIA HUBO NECESIDAD DE REALIZARSELE UNA HEMICOLECTOMIA DERECHA A 35 PACIENTES POR APENDICITIS COMPLICADA (4.2 %) -- Y SOLAMENTE A UNO SE LE REALIZO UNA ILEOTRANSVERSOANASTOMOSIS DE PRIMERA INTENCION Y EL PACIENTE EVOLUCIONO DE UNA MANERA SATISFACTORIA.

DE FORMA CASUAL EL MISMO NUMERO DE PACIENTES 35 (4.2 %) PRESENTARON ABSCESO INTRAABDOMINAL SECUNDARIO A LA CIRUGIA Y DE ESTOS A 26 SE LES REINTERVINO EL CUAL CORRESPONDE A UN 3.1 %, UN PACIENTE CEDIO CON TRATAMIENTO MEDICO Y CORRESPONDE A UN 0.1 % Y A OCHO (8) PACIENTES SE PERDIERON EN LA EVOLUCION DEBIDA A FALLAS EN EL EXPEDIENTE CLINICO.

LA MORTALIDAD DE ESTA CIRUGIA EN ESTA SERIE ES DE DOS PACIENTES QUE CORRESPONDE A UN 0.2 %, LOS CUALES FUERON PACIENTES A LOS CUALES PRESENTARON PERITONITIS GENERALIZADA, Y LA SEPTICEMIA FUE LA CAUSA DE SU MUERTE, COMO DATO ADICIONAL HABIAN PRESENTADO UNA EVOLUCION MAYOR DE CUATRO DIAS. LOS CUALES HABIAN SIDO TRATADO CON ANTIBIOTICOS PREVIAMENTE.

LA INCISION A LOS CUALES SE LE REALIZO ESTA CIRUGIA FUERON:

... PARAMEDIA DERECHA A 690 PACIENTES	-- 84.04 %
... TIPO ROCKEY DAVES FUERON 67 PACIENTES	-- 8.1 %
... TIPO INFRAUMBILICAL MEDIA 28 PACIENTES	-- 3.4 %
... TIPO MC BURNEY FUERON 17 PACIENTES	-- 2.07 %
... TIPO MEDIA INFRA Y SUPRAUMBILICAL A 9	-- 1.09 %

LAS TECNICAS DE APENDICECTOMIAS QUE SE UTILIZARON FUERON:

... TIPO HALSTEAD A 638 PACIENTES	-- 77.7 %
... TIPO POCHE A 137 PACIENTES	-- 16.6 %
... TIPO PARKER KERR A 24 PACIENTES	-- 2.9 %
... TIPO ZUCKERMAN A 12 PACIENTES	-- 1.4 %
... TIPO OSCHNER A 8 PACIENTES	-- 0.9 %

DE LOS 821 PACIENTES A LOS CUALES SE LE REALIZO APENDICECTOMIA EL MANEJO DE LAS HERIDAS QUIRURGICAS FUE COMO SIGUE:

... HERIDA ABIERTAS 42 PACIENTES	-- 5.1 %
... HERIDA CERRADA CON DRENAJE SUBCUTANEO A 19 PACIENTES	-- 2.3 %
... HERIDAS CERRADAS A 770 PACIENTES	-- 93.7 %

DE LOS 821 PACIENTES A LOS CUALES SE LE REALIZO APENDICECTOMIA A LOS QUE SE COLOCARON PUNTOS DE CONTENCION FUERON A 22 PACIENTES QUE CORRESPONDIO A UN 2.6 %.

Y A 22 PACIENTES PRESENTARON EVISCERACION Y CORRESPONDE A UN 2.6 %, CABRIA LA PENA MENCIONAR QUE LOS 22 PACIENTES A LOS CUALES SE LES COLOCA

RON EL CIERRE DE PARED CON MATERIAL DE CONTENSION NO SON LOS MISMOS QUE SE EVISCERARON, LOS CUALES FUERON SOMETIDOS A CIRUGIA Y SE LES COLOCARON PUNTOS DE CONTENSION Y EN TOTAL HACEN UNA SUMA DE 44 PACIENTES CON PUNTOS DE CONTENSION.

A 89 PACIENTES PRESENTARON INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA EL CUAL CORRESPONDE A UN 10.7 %, DE LOS CUALES NO TODOS ESTAN INCLUIDOS EN LOS PACIENTES EVISCERADOS, LOS CUALES PRESENTARON ESTA COMPLICACION EN TODOS LOS PACIENTES EVISCERADOS. Y ESTOS A SU VEZ NO SON LA CANTIDAD DE LOS PACIENTES A LOS CUALES SE LE MANEJO LA HERIDA ABIERTA. ESO QUIERE DECIR QUE DE LOS 42 PACIENTES MANEJADOS CON LA HERIDA QUIRURGICA ABIERTA MAS 88 PACIENTES QUE PRESENTARON LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA TUVIMOS UN TOTAL DE 130 PACIENTES CON HERIDA ABIERTA EN EL POSOPERATORIO.

AHORA SE TOCARAN EL ASPECTO DE LOS DRENAJES QUE ES EL MOTIVO DE ESTE TRABAJO:

DE LOS 821 PACIENTES A LOS CUALES FUERON OPERADOS DE APENDICECTOMIA A 238 PACIENTES SE LE COLOCO DRENAJE Y CORRESPONDE AUN 28.9 % DE LOS PACIENTES. A ESTOS PACIENTES SE LES MANEJO DOS TIPOS DE DRENAJE LOS CUALES LOS PODEMOS CONSIDERAR DRENAJES BLANDOS Y DRENAJES RIGIDOS.

DE LOS 238 PACIENTES A LOS CUALES SE LE COLOCO DRENAJE, A ESTOS SE LES COLOCARON 428 DRENAJES A LOS CUALES CORRESPONDE A UN PROMEDIO DE 1.7 DRENAJES POR PACIENTE, SI TOMAMOS EN CUENTA A LOS 821 PACIENTES EL PROMEDIO ES DE 0.5 %. A 91 PACIENTES SE LES COLOCO MAS DE UN DRENAJE.

ESTOS DRENAJES SE DEJARON DESDE UN MINIMO DE DOS (2) DIAS HASTA UN MAXIMO DE CATORCE (14) DIAS) CON UN PROMEDIO DE 3.9 DIAS. DE ESTOS DRENAJES SOLAMENTE DIECISIETE (17) QUE PRESENTARON SALIDA DE MATE---

RI AL PURULENTO Y CORRESPONDE A UN 7.1 %.

A 75 PACIENTES SE LE REALIZO LAVADO TOTAL DE CAVIDAD CON SOLUCION - FISIOLÓGICA, SIENDO LA CANTIDAD UTILIZADA EN ESTO NO IMPORTANTE SI NO -- QUE HASTA LA CAVIDAD SE ENCONTRARA LIMPIA. A 25 PACIENTES SE LES REALIZO LAVADO LOCAL DE LA CAVIDAD Y CORRESPONDE A UN 3.04 % DE ESTOS 14 PRESEN TARON ABSCESO INTRAABDOMINAL..

SE MENCIONA QUE TODOS LOS PACIENTES A LOS CUALES SE LES REALIZO LAVA DO DE CAVIDAD ASI COMO COLOCACION DE DRENAJES A TODOS SE LES MANEJO CON- ANTIBIOTICOS, SIENDO ELLOS MANEJADOS CON DIFERENTES ESQUEMAS SIENDO EL - PRINCIPAL EL DE METRONIDAZOL MAS PENICILINA O SODICA CRISTALINA, EL USO- DE ANTIBIOTICOS ES TEMA DE OTRO ESTUDIO.

LA ESTANCIA HOSPITALARIA DE LOS PACIENTES OPERADOS DE APENDICECTO-- MIA ES DESDE 2 (DOS) DIAS HASTA 94 (NOVENTA Y CUATRO) DIAS SIENDO EL PROMEDIO DE 4.3 DIAS. EL TIEMPO DE ESTANCIA ESTEVO EN RELACION DIRECTA - CON LOS HALLAZGOS ENCONTRADOS DURANTE LA CIRUGIA_

DE LOS PACIENTES A LOS CUALES SE LES CONTINUA SU POSTOPERATORIO POR LA CONSULTA EXTERNA ES DE APROX. 89 % SIENDO ESTA CIFRA NO EXACTA DEBIDO A QUE NO SIEMPRE SU VISITA SE ENCUENTRA CONSIGNADA EN EL EXPEDIENTE.

LAS VECES PROMEDIO DE LOS PACIENTES DE LOS CUALES SE ENCONTRARON NO TAS EN EL EXPEDIENTE ES DE 3.4 VECES PROMEDIO DE LOS QUE ACUDEN A LA CON SULTA EXTERNA.

C O N C L U S I O N E S

LOS DATOS PRESENTADOS EN ESTE TRABAJO CORRESPONDE EN ALGUNOS DE ELLOS SON SEMEJANTES A LOS REPORTADOS EN LA LITERATURA MUNDIAL.

A LA EDAD DE PRESENTACION DE APENDICITIS AGUDA EN ESTE TRABAJO SE PRESENTO PRINCIPALMENTE EN LA SEGUNDA Y TERCERA DECADA DE LA VIDA QUE ES DE UN 54.4 % LOS CUALES CORRESPONDE A LA LITERATURA MUNDIAL (17). ESTO ES DEBIDO A QUE EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA LA LUZ DEL APENDICE CECAL PROPORCIONALMENTE ES DE MAYOR TAMAÑO Y PARTIENDO QUE EL ORIGEN DE ESTA PATOLOGIA ES LA OBSTRUCCION ES DIFICIL QUE SE LLEVE A CABO ASI COMO EN LA 5o. y 6o. DECADA NO ES FRECUENTE SU APARICION DEBIDO A LA AUSENCIA O DISMINUCION DE TEJIDO LINFOIDE (22).

LA RELACION ENTRE LOS GRUPOS DE EDAD Y SEXO EN EL PRESENTE TRABAJO ES SEMEJANTE SIENDO UNA DIFERENCIA ESTADISTICA DE APROX. .001 EL CUAL NO ES SIGNIFICATIVA.

EN LA LITERATURA MUNDIAL EN LAS PRIMERAS ETAPAS DE LA VIDA ES DE 1:1 PARA POSTERIOR A LA ADOLENCIA ES MAS FRECUENTES EN LOS HOMBRES DE 2:1 PARA POSTERIORMENTE VOLVERSE A IGUALAR ESTA DIFERENCIA. (26).

DEL ERROR DIAGNOSTICO EN EL POSTOPERATORIO EN ESTE TRABAJO EN DE 19 % SIENDO ESTE SEMEJANTE A LA LITERATURA MUNDIAL (22) EL CUAL ES DE 17%, PERO EL ERROR DIAGNOSTICO CON RESPECTO AL RESULTADO DE HISTOPATOLOGIA ES DE 24.7 % EL CUAL ES ELEVADO EN UN 7.7 % (26) EL CUAL TAL VEZ SEA DEBIDO A LA FALTA DE HONESTIDAD DEL CIRUJANO DE REPORTAR EN REALIDAD LO OBJETIVO.

ESO QUIERE DECIR QUE LA CERTEZA DIAGNOSTICA QUE TENEMOS EN ESTA UNIDAD ES DE 75.3 % EL CUAL ES MENOR A LO REPORTADO QUE ES CERCANO A UN 80% (12).

DENTRO DE LOS DIAGNOSTICOS POSTOPERATORIOS CON QUE FUE CONFUNDIDO MAYORMENTE FUERON LOS PADECIMIENTO DE LA ESFERA GINECOLOGICA LOS CUALES ASCENDIERON A UN 13.7 % LOS CUALES CORRESPONDE A LO REPORTADO (12). - PTRO DIAGNOSTICO IMPORTANTE ES EL DE LA ADENITIS MESENTERICA EL CUAL -- FUE DE UN 3.7 % EN EL CUAL PRINCIPALMENTE FUE EN PACIENTES DE EDAD PE-- DIATRICA Y EN REALIZADAD LA MANERA DE HACER EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL- CLINICAMENTE ES DIFICIL POR LO QUE LA MAYOR PARTE DE LAS VECES ES DURAN TE EL TRANSOPERATORIO.

DE LAS COMPLICACIONES PROPIAS DE LA CIRUGIA LOS CUALES SON LOS ABS CESOS INTRAABDOMINALES, ASI COMO LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRURGICA - ES EN REALIDAD ELEVADO YA QUE EN ESTA SERIE PRESENTARON A 35 PACIENTES- CON ABSCESO INTRAABDOMINAL (4.2 %) Y LA INFECCION DE LA HERIDA QUIRUR GICAFUERON 88 PACINTES (10.7 %) HACEMOS UN TOTAL DE 14.9 % DE PACIEN TES COMPLICADOS EL CUAL ES TENDENCIOSAMETE ELEVADO RESPECTO A LO REPOR TADO (13). CABRIA LA PENA MENCIONAR QUE ESTE HOSPITAL REGIONAL ES UN HOSPITAL ESCUELA Y QUE ESTOS PADECIMIENTOS EN PARYICULAR SON OPERADOS - POR MEDICOS RESIDENTES DE LA ESPECIALIDAD DE CIRUGIA GENERAL, ASI MISMO POR LO AVANZADO DE LOS CUADROS O PREVIAMENTE CON TRATAMIENTO DE ANTI-- BIOTICOS.

EN NUESTRO HOSPITAL LA FRECUENCIA DE LAS INCISIONES ES PRINCIPALMEN TE PARAMEDIA DERECHA (84.04 %) PERO EN RELACION CON LA CERTEZA DIAGNOS TICA QUE ARROJO ESTE ESTUDIO ESTA JUSTIFICADA ESTA INCISION AUNQUE DEBE- RIAMOS DE TENER TENDENCIA HACIA LAS INCISIONES TRANSVERSA EN RELACION -- CON DISMINUCION EN EL ERROR DIAGNOSTICO.

EL PUNTO DE ESTA DISCUSION ES EL USO DE LOS DRENAJES QUE CORRESPON- DE a 238 PACINTES DE LOS 821 INCLUIDOS EN ESTA SERIE QUE ES DE (28.9 %) Y EL PROMEDIO DE LOS 821 PACIENTES INCLUIDOS ES DE 0.5 % . SIENDO TENDEN CIOSOS UNO DE CADA DOS PACIENTES SE LE COLOCA DRENAJE.

DE ESTOS DRENAJES EN 238 PACIENTES SOLAMENTE 17 (DIECISIETE) PRESENTARON SALIDA DE MATERIAL PURLENTO POR ALGUN DRENAJE, ESTO CORRESPONDE A UN 7.1 % DE LOS DRENAJES COLOCADOS.

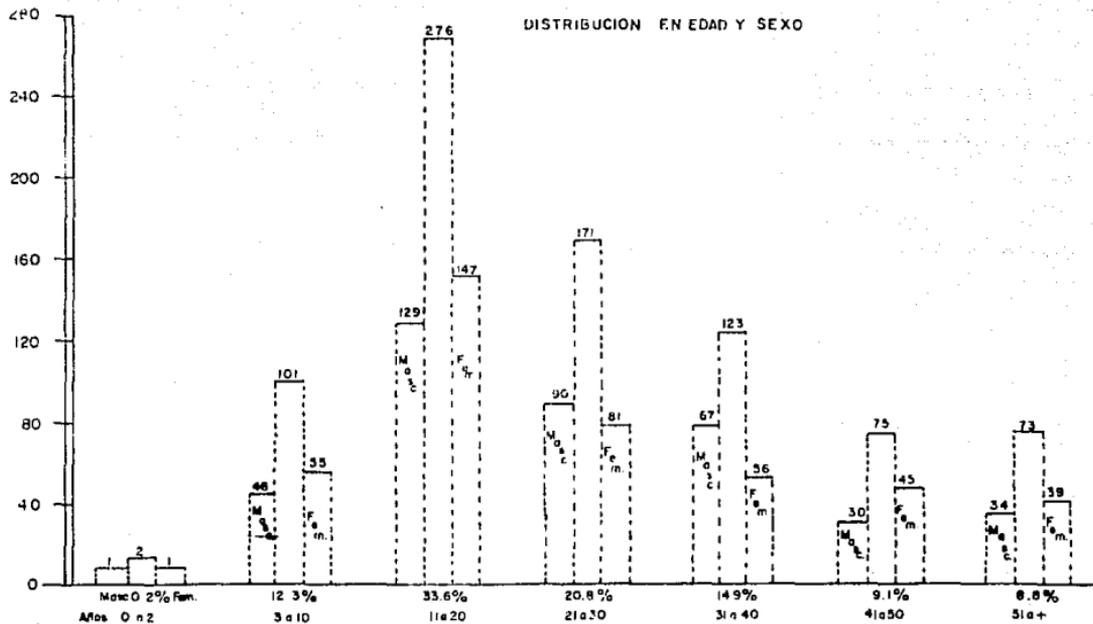
ESTO QUIERE DECIR QUE LA INDICACION PARA LA CLOCACION DE ESTOS DRENAJES NO ESTA SIENDO LA MAS INDICADA.

SI A ESTA INFORMACION AÑADIMOS QUE PRESENTAMOS UN ERROR DIAGNOSTICO DE 24.7 %, PODEMOS DE MANERA SUPERFICIAL DEDUCIR QUE UN TERCIO DE LOS PACIENTES NO ES APENDICITIS AGUDA, AL 50 % DE ELLOS LES COLOCAMOS DRENAJES Y UN TERCIO EN REALIDAD SE MANEJA DE UNA MANERA ADECUADA.

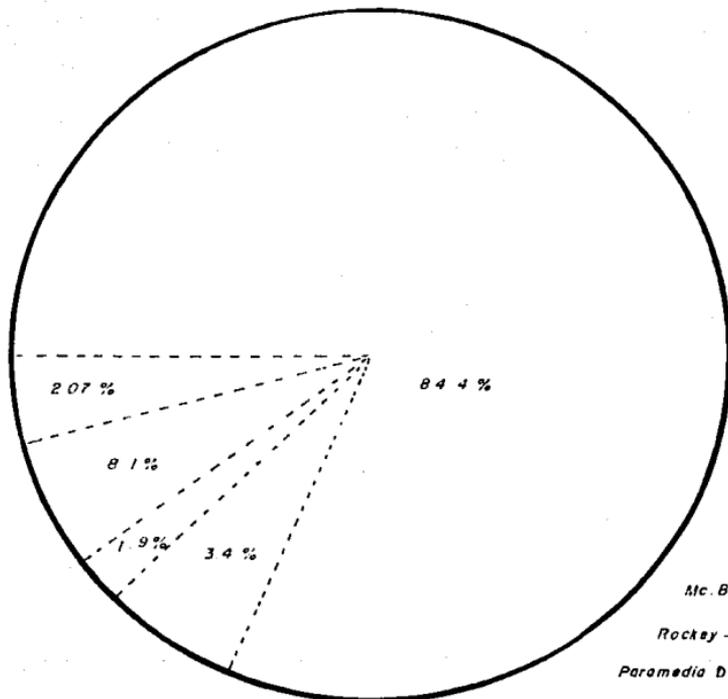
DE ESTO PODEMOS CONCLUIR QUE PARA EL USO DE LOS DRENAJES ES: 1. COLOCAR DRENAJE POR INSATISFACCION EN LA HEMOSTASIA; 2. CUANDO HAYA SOSPECHA DE LA APARICION DE ABSCESO INTRAABDOMINAL POR CAVIDAD CONTAMINADA Y- 3. SIMPLEMENTE CUANDO HAYA ALGO QUE DRENAR.

MENCINAREMOS QUE ESTAS CONDUCTAS QUE TOMAMOS EN EL MANEJO DE ESTOS PACIENTES ES POR EL SERVICIO DE CIRUGIA GENERAL SIENDO ESOS EN ALGUNOS - ASPECTOS DE LOS MANEJADOS POR LOS CIRUJANOS PEDIATRAS.

DISTRIBUCION EN EDAD Y SEXO



INCISIOLES



Mc. Burney = 2.07%

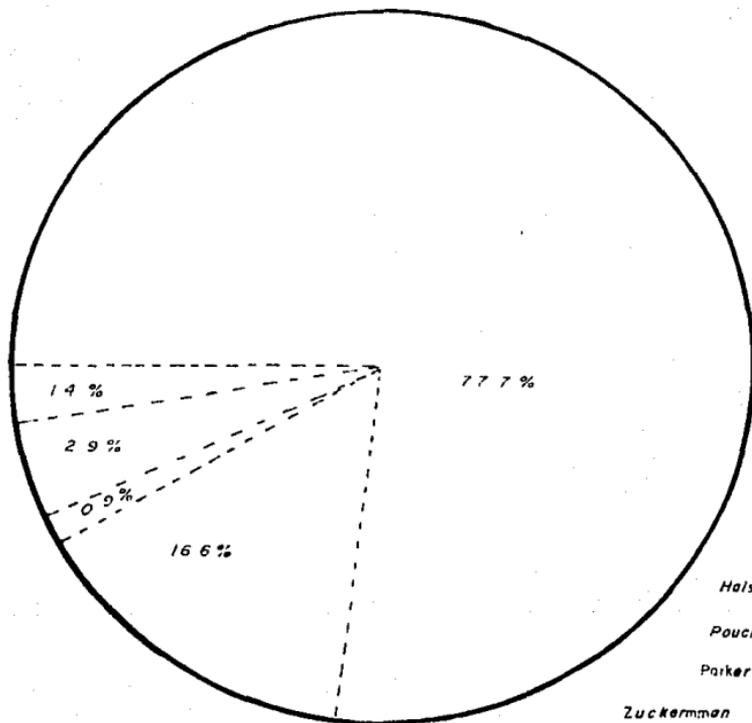
Rockey - Daves = 8.1%

Paramedia Dar = 84.04%

Infraumbilical Media = 3.4%

Media Infraumbilical y Supraumbilical = 1.09%

TECNICAS DE APENDICECTOMIAS



Halstead = 77.7 %

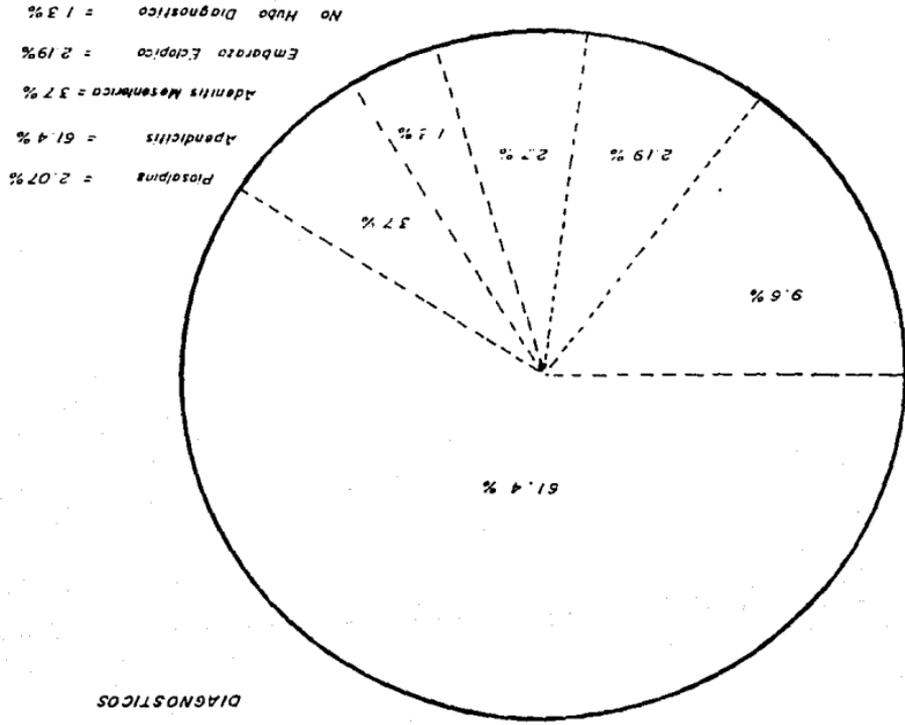
Pouche = 16.6 %

Parker Kerr = 2.9 %

Zuckerman = 1.4 %

Oschner = 0.9 %

DIAGNOSTICOS



B I B L I O G R A F I A

- .. LEWIS, R: APENDICITIS AGUDA, REVISION EN EL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DE 1000 CASOS; ARCH SURG, 110, 1971, 677-684.
- .. COLLINS; 7600 ESTUDIOS DE HISTOPATOLOGIA DE APENDICE, REVISION DE 40 AÑOS; AM J PROCT. 14, 1963, 365
- .. PELLTOKIALLO PEKKA: EVOLUCION RESPECTO A EDAD Y SEXO DE -- APENDICITIS AGUDA; ARCH SURG, 1981, 116
- .. KOLVALCIK, NASE: EL DIAGNOSTICO DE APENDICITIS, AM J SURG 1980, 504-507
- .. SCHWARTZ, ELLIS: OPERACIONES ABDOMINALES DE MAINGOT, 8o.- EDICION, 1986.
- .. ROMERO TERRES RAUL, TRATADO DE CIRUGIA 1a, EDICION 1984.
- .. WILSON, WILLIAMS: INFECCIONES INTRABDOMINALES; DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO , 1a. EDICION 1984.
- .. DAVIS CRISTOPHER: PATOLOGIA Y TRATAMIENTO QUIRURGICO , - 1974.
- .. TEST, LATARJET: ANATOMIA HUMANA 3a. EDICION, 1973.
- .. COTRAN, ROBBINS: BASES DE PATOLOGIA BASICA, 1975.
- .. SKANDALAKIS, GRAY: COMPLICACIONES ANATOMICA EN CIRUGIA - GRAL., 1a. EDICION 1983.
- .. RATMEY WILLIAMS: HISTORIA DE LA APENDICITIS AGUDA, ANECDOTAS, ANN SURG, 1985, 3.
- .. AGUILAR: PROFILAXIS EN APENDICECTOMIAS; REV ESP AP DIG, - 1983, 64.
- .. WILLIS: METRONIDAZOL EN LA PREVENCION DE INFECCIONES POR-ANAEROBIOS, BR J MED VOL 1 318, 1976, 321.

- .. COPPERMAN: COMPLICACIONES EN APENDICECTOMIAS CL QUIR NORTH 1983.
- .. DENT: TUMORES CARCINOIDES DEL APENDICE, SURG 1979 333.
- .. MOERTEL: TUMORES CARCINOIDES DEL APENDICE CECAL, CARCER -- 270, 1968, 21.
- .. HUGES: MUOCOCELE EN APENDICE CECAL, ANN SURG 1967, 165.
- .. FLANIGAN: USO DE ANTIBIOTICOS EN LAS APENDICECTOMIAS SURG GYNEL OBST 1988, 2 FEB.
- .. CUNNINGHAM: APENDICITIS AGUDA DURANTE EL AMBARAZO GYNEL -- 1975, 45; 415.
- .. GOMEZ: APENDICITIS AGUDA DURANTE EL EMBARAZO, AMJ SURG --- 1979, Vol 38.
- .. GILL: SIGNIFICACION DE FECALITOS EN APENDICITIS, BR J SURG 62: 535, 1979.
- .. CHAVEZ, MORGAN: APENDICITIS AGUDA EN EL DIAGNOSTICO RADIOLOGICO DE NEUMOPERITONEO, ANN SRG CENTER, 1966.
- .. OWENS: APENDICITIS EN EL ANCIANO, ANN SURG 1978, 187, 4.
- .. HARRISON, APENDICITIS EN NIÑOS, AM J SURG 1984, 147.
- .. STONE: APENDICITIS, 1971, 69, 4.
- .. BROOKS, DESCUBRIMIENTO RADIOLOGICO DE LA APENDICITIS , -- RADIOLOGY 1989, 44, 654.
- .. BOWER, VALORACION DE LA NORBIMORTALIDAD DE LA APENDIECTO-- MIA, SURG GYNEL OBST 1981; 152, 424.
- .. KRETCHER; SEDIMENTO URINARIO EN LA APENDICITIS, ARCH SURG-- 1987, 87.
- .. SASSO; CUENTA DE LEUCOCITOS EN LA APENDICITIS AM J SURG -- 1973, 107.
- ..

- .. JHON BERRY, RONALD MALT: APENDICITIS UN_CENTENARIO, ANN SURG NOV 1984, 567-575.
- .. BAKER: HISTORIA DE LA DESCOMPRESION QUIRURGICA INTESTINAL, SURG GYNEL OBST, JUNE 1984, 593.
- .. BROOK: ESTUDIO BACTERIOLOGICO EN LA CAVIDAD ABDOMINAL - POSTERIOR A LA APENDICITIS PERFORADA EN NIÑOS; ANN SURG AGOSTO 194, 208.
- .. DRENAJE PERITONEAL CONTRA NO DRENAJES EN PERITONITIS GENERALIZADA EN NIÑOS, HALLER ANN SURG 1973.
- .. SHAKED: TIFLITIS NEUTROPENICA: DIS CO AND RECT MAY 1989.
- .. SCHARTWZ: MANEJO DE LA APENDICITIS PERFORADA EN NIÑOS, - ANN SURG 1989 ABRIL, 407.
- .. SAMELSON: MANEJO DE LA APENDICITIS PERFORADA EN NIÑOS: - REVISION; ARCH SURG VOL 122, 1987, 691.
- .. TRATAMIENTO DE APENDICITIS COMPLICADA EN NIÑOS, ELMORE. ARCH SURG VOL 122, 1987.
- .. BAKER: COLECCIONES LIQUIDADOS EN POSTAPENDICECTOMIA EN NIÑOS: INCIDENCIA Y EVOLUCION SEGUN U.S.G. RADIOL 1986; 344
- .. PAGNOZZI: HIPERPLASIA MUCOSA (MUCOCELE) DE EL APENDICE-VERMIFORME; DIS COL & RECT SEPT 1988, 735.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA