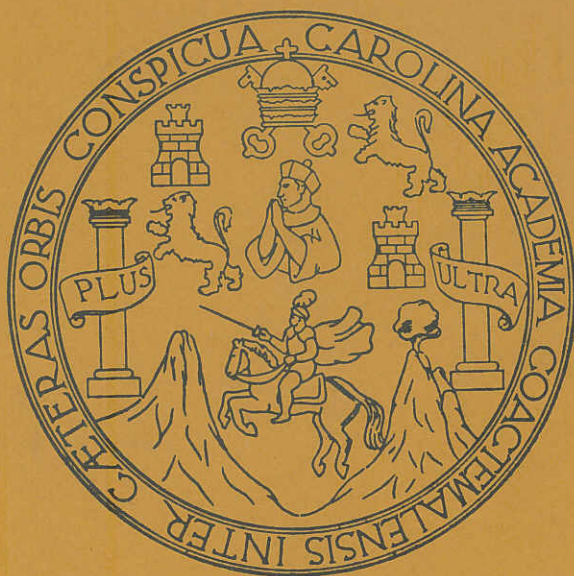


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA

FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



"CORRELACION ANATOMO-PATOLOGICA RADIOLOGICA
EN APENDICITIS AGUDA"

FERNANDO PADILLA BORJES

Guatemala, Abril de 1971.

PLAN DE TESIS

I. INTRODUCCION

II. MATERIAL Y METODOS

III. RESULTADOS

IV. DISCUSION

V. SUMARIO

VI. BIBLIOGRAFIA.

I. INTRODUCCION

APENDICE: del Latín "Appendice", adición, añadidura. Cosa adjunta o añadida a otra, de la cual es como parte accesoria o dependiente.

ANATOMIA DEL APENDICE:

El apéndice es un divertículo hueco que se desprende de la pared interna del ciego a 2 o 3 cms. aproximadamente por debajo del orificio ileocecal. Tiene generalmente la forma de un tubo cilíndrico flexuoso de 9 cms. de longitud y cuya cavidad aboca en el ciego.

La situación del apéndice en relación a la fosa ilíaca varía con la del ciego. Como éste, el apéndice puede estar en la posición ordinaria alta o baja.

En relación al ciego, su situación es igualmente muy variable puede ser: subcecal o descendente (situación normal), prececal, retrocecal, laterocecal (interna o externa). En esta última situación el apéndice rodea el vértice del ciego y sube por su cara lateral externa.

El apéndice es un órgano muy móvil unido solamente al ciego y al mesenterio por un repliegue del peritoneo.

FISIOLOGIA DEL APENDICE:

Este órgano se llena pasivamente desde el intestino grueso, con máxima facilidad cuando éste se hace hipotónico y a la vez aumenta la --

presión en el ciego. El apéndice se vacía solo, con ayuda de su fuerte musculatura, que puede reducir su longitud a dos tercios, aumentando a la vez su anchura y descargando así el antro apendicular o sea el tercio contiguo al ciego, o incluso, el órgano entero. Los dos tercios inferiores que constituyen el cuerpo del apéndice, son de escasa movilidad, y en ellos permanece el contenido largo tiempo. La relación y la evacuación del apéndice se rigen por la tonicidad y la contracción activa de los músculos longitudinales, más desarrollados en el antro que en el cuerpo; su ritmo es independiente del tránsito intestinal.

APENDICITIS:

Apendicitis aguda es la emergencia quirúrgica más común del abdomen, es un proceso inflamatorio del apéndice vermiforme, que se manifiesta comúnmente en dolor, primero generalizado en todo el vientre, luego localizado en la región apendicular, más o menos intenso, que a veces se propaga al muslo derecho o a la espalda y se suele acompañar de náuseas, vómitos, -- fiebre, diarrea o estreñimiento. Su tratamiento es quirúrgico (APENDICECTOMIA). El término fue empleado por primera vez por Mestivier (1759), quien hace una descripción e identifica en vida un absceso apendicular, describiendo la primera operación para su tratamiento. En 1827 Mellier describe clínicamente el cuadro de apendicitis y Reginald Fitz en 1886 reporta una mejor descripción de esta enfermedad y en ese mismo año, Hall quita por primera -

vez en Estados Unidos, un apéndice gangrenado que lo encontró accidental--
mente en el interior del saco de una hernia estrangulada.

CLASIFICACION DE LAS APENDICITIS AGUDAS:

I. FOCAL

II. DIFUSA

1. - NO SUPURATIVA

- a) Con obstrucción
- b) Sin obstrucción

2. - SUPURATIVA

- a) Piogénica
 - Con obstrucción
 - Sin obstrucción
- b) Amebiástica (con infección secundaria)
- c) Tífica (con infección secundaria)

3. - GANGRENOSA

III. TRAUMATICA (quirúrgica)

DESCRIPCION ANATOMO-PATOLOGICA DE LAS DIFERENTES APENDICITIS
AGUDAS

APENDICITIS AGUDA FOCAL:

El apéndice aparece normal o muestra alguna congestión de la serosa de los vasos. El lumen puede contener una pequeña cantidad de material purulento en el tercio distal; pero por lo general no se encuentran lesiones mucos--
sas grandes ni exudativas. Al examen microscópico revela pequeñas cantidades de material exudativo purulento en el lumen apendicular, particularmente en -

en la porción distal.

APENDICITIS AGUDA DIFUSA NO SUPURATIVA:

Puede o no estar asociada con un mecanismo obstructivo. A primera vista el apéndice se encuentra inflamado, midiendo tanto como 1 cm. de diámetro, cuando su diámetro normal es de 0.5 a 0.7 cms. Los vasos sanguíneos están marcadamente congestionados y muy frecuentemente hay petequias. El lumen es frecuentemente pequeño y casi no contiene exudado, la mucosa muestra poca ulceración. Microscópicamente hay una inflamación causada por infiltración de células, en su mayoría neutrófilos y muy pocas macrófagos.

APENDICITIS AGUDA DIFUSA SUPURATIVA:

Este tipo de apendicitis puede presentarse con o sin obstrucción; pero en la mayoría de los casos, alguna lesión obstructiva está presente. A primera vista, el apéndice se encuentra alargado, los vasos sanguíneos están congestionados, hay petequias, el mesoapéndice está inflamado y frecuentemente hemorrágico, se encuentran travéculas de exudado fibrinoso en la superficie. Cuando hay obstrucción, generalmente debida a un fecalito. La mucosa puede estar completamente ulcerada o mostrar áreas irregulares de ulceración. La pared es generalmente delgada. Microscópicamente, los hallazgos más importantes son ulceración de la mucosa y submucosa con infiltración di-

fusa de la pared y un exudado formado en gran parte por leucocitos polimorfonucleares. Este tipo de apendicitis se acompaña generalmente de líquido en el abdomen, generalmente turbio que puede o no contener organismos. En la apendicitis supurativa de la amebiasis y fiebre tifoidea, la lesión, en la mayoría de los casos, es de una infección piogénica super impuesta y su apariencia, de una apendicitis aguda supurativa. Microscópicamente, sin embargo, están presentes ambos tipos de cambios patológicos. Formas vegetativas de la ameba se encuentran en los tejidos, cuando hay amebiasis, y en la fiebre tifoidea, la pared se encuentra infiltrada difusamente con grandes fagocitos macrófagos, más comunmente llamados "Células de Mallory".

APENDICITIS GANGRENOSA:

Esta es únicamente una extensión del proceso agudo difuso supurativo. En adición a las lesiones vistas en la supuración hay áreas de gangrena, frecuentemente asociadas con perforación y también congestión, hemorragia, áreas de decoloración gris-verdosa, morado y casi negro.

APENDICITIS AGUDA TRAUMATICA:

Se ve en apéndices extraídas por el cirujano o ginecólogo, como parte de otra operación. Durante el curso de la operación, el apéndice es --traumatizado. A primera vista se encuentra congestionado y microscópicamente hay una infiltración de leucocitos polimorfonucleares en los tejidos --

subserosos. La pared y el lumen no muestran exudado.

SIGNOS RADIOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA:

Los signos radiológicos en apendicitis aguda pueden ser variables; los signos más frecuentes son la paresia de intestino delgado y colon, difusa--mente en el abdómen, algunas veces hay localización en fosa iliaca derecha con niveles hidroaéreos pequeños en la radiografía de pié.

El segundo signo radiológico que puede estar presente es el borramiento del psoas, por el hecho de que el apéndice se encuentre retroperitoneal y el exudado o proceso inflamatorio periapendicular infiltra la grasa --que rodea el psoas, borrándolo. Algunas veces el proceso inflamatorio mismo causa irritación del músculo, hay contracción como reacción natural, y por consiguiente hay escoliosis lumbar de concavidad derecha.

Entre otros signos que se pueden manifestar por el mismo efecto físico de infiltrado edematoso en la grasa properitoneal, es el borramiento --de ella, especialmente cuando se compara con la del lado opuesto (la grasa properitoneal es una pequeña franja oscura, que se visualiza en los rebordes laterales del abdomen).

Otro signo, aunque menos frecuente, es la presencia de gas en --apéndice ileocecal o de calcificaciones que pueden sugerir apendicolitos, --causas de obstrucción y por consiguiente de apendicitis.

Cuando el proceso inflamatorio es muy severo, o cuando el apéndice se ha gangrenado, puede encontrarse plastrón edematoso que se visualiza en las radiografía como area de mayor densidad acuosa, rodeada -- por la parálisis de intestino delgado. Algunas veces se logra definir el ciego paralizado y empujado por el mismo plastrón.

El último de los signos que uno debe investigar es en las apendicitis perforadas y es la presencia de gas libre o proceso infeccioso con formación de gas, alrededor o en la vecindad del apéndice, en el retro-peritoneo o intraperitoneo.

II. MATERIAL Y METODOS

El presente capítulo constituye el material tomado en cuenta para este trabajo y que son 100 casos de Apendicitis Aguda demostrados con Apendicectomía en el Hospital Roosevelt.

Cada caso está tabulado en forma horizontal para mayor facilidad de comparación de diagnóstico, Radiológico y Patológico.

(Ver cuadros en la página siguiente)...

R.M.	SEXO	EDAD	Nº Rx	DIAGNOSTICO Rx	Nº AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN. PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
181616	M	33	5489-65	Compatible con proceso inf. lo- calizado a región ileo-cecal	S-65-13301	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
179659	M	66	4759-65	Compatible con proceso intra- peritoneal de colecistitis, a- pendicitis, hasta pancreatitis	S-65-13646	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
178363	M	33	4221-65	Obstrucción Colónica baja	S-65-12939	Apendicitis Aguda	SI	Abceso de la pared	NO	NO
176486	M	20	3500-65	Apendicitis Aguda	S-65-12700	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO
175086	M	28	2961-65	NORMAL	S-65-12601	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
174582	M	33	2741-65	NORMAL	S-65-12531	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
171973	M	14	1700-65	Proceso inflamatorio locali- zado en fosa ilíaca derecha	S-65-12237	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	I.R.S.	1	NO
169387	M	21	475-65	Compatible con proceso inf. ileo-cecal o hepatobiliar	S-65-11967	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
164210	M	55	8469-64	Moderada distensión de asas intestino delgado, compati- ble ileo adinámico moderado	S-65-14346	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
74465	M	16	6507-65	Paresia intestinal de origen no determinado	S-65-13565	Apendicitis Aguda	NO	NO	NO	NO
189456	M	16	8334-65	Proceso inflamatorio cuadran- te inf. derecho, posiblemente retro peritoneal, APENDICITIS	S-65-14103	Apendicitis Aguda Supurada	SI	NO	1	NO
187845	M	39	7721-65	NORMAL	S-65-13943	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO

R.M.	sexo	EDAD N° Rx	DIAGNOSTICO Rx	N° AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
185100	M	59 648-65	Compatible con proceso infla- matorio en fosa ilíaca derecha	S-65-13650	Apendicitis Aguda	SI	Inf. he- rida	2	NO
102433	M	29 2520-65	Aspecto compatible con una obstrucción mecánica intesti- no delgado en su tercio medio	S-65-12481	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
169116	M	24 271-65	Sugestivo de proceso apendi- cular aguda. Ileo paralítico focal localizado en fosa ilí- aca derecha	S-65-11943	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
172311	M	21 1829-65	NORMAL	S-65-12277	Apendicitis Aguda	NO	NO	NO	NO
175251	M	23 4387-65	Compatible con proceso inf. en fosa ilíaca der. de posible origen ileo-cecal	S-65-13003	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
163869	M	38 8276-64	Ileo paralítico focal ileo- cecal, posiblemente Proceso inflamatorio	S-64-11420	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	1	NO
164968	M	36 8660-64	NORMAL	S-64-11543	Apendicitis Aguda Purulenta Gangrenosa	NO	Abceso pared	NO	NO
61796	M	31 3149-60	Paresia intestinal segmenta- ria. Ciego contraído Altera- ciones inflamatorias ceco- apendiculares	S-64-11330	Apendicitis Aguda Purulenta Divertículo de Meckel. No hay inflamación	NO	NO	NO	NO
80537	M	17 638-64	Paresia intestinal. Peritoni- tis. Perforación intestinal	S-64-10311	Peri Apendicitis	SI	NO	2	NO
147704	M	51 1115-64	Cuadro radiológico compati- ble con abceso hepático	S-64-9700	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
148020	M	20 1251-64	NORMAL	S-64-9730	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	N° Rx	DIAGNOSTICO Rx	N° AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
168039	M	44	10140-64	Ileo paralítico secundario a pro- ceso inflamatorio localizado a la fosa ilíaca derecha	S-64-11848	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
202261	M	22	3840-66	Distensión de asas intestinales delgadas. Hepatomegalia mo- deradamente tumefacto	S-66-15437	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
209307	M	31	6721-66	NORMAL	S-66-16191	Apendicitis Aguda Purulenta	NO	NO	NO	NO
195574	M	15	1204-66	Proceso inf. intra-peritoneal de localización ileo-cecal	S-66-14710	Apendicitis Aguda y sub-aguda con severa peri-apendicitis. Linfadenitis crónica	SI	Inf. he- rida	1	NO
196761	M	13	1686-66	Compatible con apendicitis aguda. Parálisis intestinal segmentaria	S-66-14836	Apendicitis Gangrenosa	SI	Inf. he- rida	1	NO
92610	M	17	4485-62	Parálisis int. Ascaridíasis. Probable crisis ascaridí- sica	S-66-15798	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
196699	M	32	1653-66	Paresia Intestinal focal de origen a determinar	S-66-14857	Apendicitis Aguda Supurada	SI	NO	1	NO
197054	M	34	1824-66	Foco inf. crónico perito- neal der. compatible con lesión apendicular o ceco- apendicular	S-66-14893	Peritonitis Aguda Apendicitis Aguda Supurada	SI	NO	1	NO
200475	M	36	3108-66	NORMAL	S-66-15324	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
219741	M	27	10792-66	NORMAL	S-66-17229	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
191699	M	27	9231-65	Ileo adinámico moderado con proceso inf. ileo-cecal o intra- peritoneal	S-65-14349	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	Nº Rx	DIAGNOSTICO Rx	NºAN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación	Pen- ross	Compli- cación Penross
190866	M	38	8950-65	Proceso inflamatorio intra- abdominal	S-65-14273	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
187343	M	27	7508-65	NORMAL	S-65-13891	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	Hemato- ma heri- da	1	NO
187281	M	20	7472-65	NORMAL	S-65-13939	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
182540	M	29	5878-65	Ileo paralítico focal secun- dario a proceso inf. intra abdominal	S-65-13385	Apendicitis Aguda Supurada	SI	NO	NO	NO
182534	M	55	5866-65	Parálisis intestinal multi-seg- mentaria. Probable ascitis	S-65-13376	Apendicitis Aguda	SI	Inf. heri- da con absceso Abc.S.F.	2	NO
179319	M	35	4604-65	Proceso inf. intra-peritoneal de localización ileo-cecal	S-65-13062	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	1	NO
178577	M	20	4313-65	Proceso inf. ileo-cecal o apen- dicitis	S-65-12976	Apendicitis Aguda	SI	NO	1	NO
177266	M	83	3816-65	Aspecto de ileo paralítico mo- derado	S-65-12805	Apendicitis Aguda	SI	NO	2	NO
175573	M	40	3167-65	Proceso inf. intra-abdominal peri-cecal o cecal	S-65-12633	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	2	NO
175536	M	27	3157-65	Parálisis intestinal predomina- mente der. compatible con proceso inf. a ese nivel	S-65-12634	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
170209	M	15	893-65	NORMAL	S-65-12080	Apendicitis Aguda	NO	NO	NO	NO
169708	M	34	607-65	Compatible con inflamación infra-abdominal	S-65-12002	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	Nº Rx	DIAGNOSTICO Rx	Nº AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación	Pen- ross	Compli- cación Penross
165657	M	21	6844-65	Moderada distensión Gastro- intestinal	S-65-13739	Apendicitis Aguda Supurada	SI	Inf. he- rida	1	NO
191919	M	25	9317-65	Distensión segmentaria del in- testino ileal. Poca distensibi- lidad del ciego, en su proxi- midad existe una calcifica- ción. Fecalito Apendicular	S-65-14363	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	Inf. he- rida	2	NO
190348	M	62	8333-65	Proceso inf. intra-peritoneal. Ileo paralítico moderado	S-65-14207	Apendicitis Aguda Supurada	SI	NO	2	NO
182769	M	56	5958-65	NORMAL	S-65-13416	Apendicitis Aguda	SI	Inf. he- rida	1	NO
57294	M	21	5891-65	NORMAL	S-66-15750	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	NO	NO	NO
99348	M	37	163-66	Paresia Intestinal Multiseg- mentaria	S-66-14441	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
166891	M	47	2627-66	Moderada Distensión de asas del intestino delg. Aspecto sugiere ileo adinámico	S-66-15106	Apendicitis Aguda	SI	Inf. he- rida	1	NO
203910	M	30	4548-66	Foco inf. der. posiblemente ceco-apendicular	S-66-15627	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
217710	M	18	10030-66	Obstrucción intestino delgado distal. Peritonitis	S-66-16993	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
68751	F	15	3245-60	NORMAL	S-66-16724	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	NO	NO	NO
168558	M	47	3175-66	Proceso inf. ileocecal con reacción peritoneal	S-66-15267	Apendicitis Aguda Gangrenada	SI	Abceso pélvico	NO	NO
155965	M	24	1341-66	NORMAL	S-66-14754	Apendicitis Aguda con perito- nitis	NO	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	N° Rx	DIAGNOSTICO Rx	N° AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
173333	M	43	9451-66	Paresia intestinal	S-66-16839	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	NO	1	NO
204493	F	17	4760-66	Paresia intestinal predomi- nante colónica puede atribuir- se a enterocolitis	S-66-15669	Apendicitis Aguda	SI	Inf, he- rida	1	NO
207167	F	15	5818-66	Foco inf. cecoapendicular	S-66-15948	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	Inf, he- rida, ob- st.int. por bridas	NO	NO
208965	M	27	6548-66	Proceso inf. agudo localizado en fosa ilíaca derecha	S-66-16134	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO
209525	F	19	6787-66	NORMAL	S-66-16196	Apendicitis Aguda	SI	Inf, he- rida	NO	NO
211945	M	41	7812-66	Parálisis intestinal de origen no determinable	S-66-16455	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	Inf, he- rida	NO	NO
194318	M	20	717-66	Proceso inf. apendicular per- forado	S-66-14580	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	Abceso sub-fre- nico	NO	NO
195577	M	27	1196-66	Probable proceso inf. apendi- cular o ileo-cecal	S-66-14717	Apendicitis Aguda con necrosis de la pared	SI	Abceso herida	1	NO
198441	M	26	2376-66	Proceso inf. agudo localizado en fosa ilíaca derecha	S-66-15047	Apendicitis Aguda supurada	SI	NO	NO	NO
200033	M	18	2919-66	NORMAL	S-66-15189	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
200975	M	17	3336-66	NORMAL	S-66-15322	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
203135	M	34	4207-66	NORMAL	S-66-15534	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	N° Rx	DIAGNOSTICO Rx	N° AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
214445	M	42	8719-66	Proceso inf. localizado en fosa ilíaca derecha	S-66-16673	Apendicitis Aguda	SI	Inf.he- rida	NO	NO
219160	F	45	10584	Proceso inf. ileocecal e íleo paraltico	S-66-17178	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	Inf.he- rida	I	NO
196016	M	55	1376-66	Compatible con alteraciones inf. peritoneales o ileocecales	S-66-14765	Apendicitis Aguda Gangrenosa	SI	NO	NO	NO
199260	M	35	2650-66	Íleo paraltico focal compatible con proceso inf. agudo localizado al abdomen inferior	S-66-15124	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
193386	M	21	262-66	Proceso inf. en fosa ilíaca derecha	S-66-14455	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	Abceso de la pared	I	NO
195570	M	35	1166-66	Íleo paraltico secundario a probable proceso inf. intra-peritoneal	S-66-14706	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
200860	M	18	3273-66	Proceso inflamatorio en fosa ileocecal derecha	S-66-15301	Apendicitis Aguda Supurada	SI	NO	NO	NO
176418	M	32	3478-65	Aspecto compatible con proceso inflamatorio intra-peritoneal	S-65-12705	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO
177907	M	42	4049-65	Moderada distensión intestinal	S-65-12884	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
184393	M	44	6642-65	Puede ser compatible con proceso inflamatorio intra-abdominal	S-65-13592	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	N° RX	DIAGNOSTICO Rx	N° AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
167105	M	66	9621-64	Paresia colónica derecha del íleo terminal, de posible origen apendicular	S-64-11738	Apendicitis Aguda Supurada, áreas de necrosis en ciertas zonas de capa sub-serosa	SI	Abceso herida	NO	NO
163345	M	24	8073-64	NORMAL	S-64-11383	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO
159526	M	43	7440-64	NORMAL	S-64-11255	Apendicitis Aguda, Adherencias fibra-hemorrágicas	SI	NO	2	NO
157420	M	17	5530-64	Parálisis intestinal generalizada, foco de peritonitis en flanco derecho	S-64-10808	Apendicitis Aguda Purulenta, gangrenosa, perforada	SI	NO	2	NO
156934	M	23	5349-64	NORMAL	S-64-10724	Apendicitis Aguda Gangrenosa, aparentemente obstructiva	SI	NO	NO	NO
156388	M	22	8137-64	Distensión asas delgadas porción media de abdomen y fosa ilíaca derecha con formación de nivel lltq. proceso inf. fosa ilíaca derecha	S-64-10401	Apendicitis Aguda Purulenta con periaepidicitis	SI	Inf. herida	NO	NO
148568	M	12	1488-64	Peritonitis, Probable perforación intestinal. Ascariasis. Crisis asc.	S-64-9791	Apendicitis Aguda con periaepidicitis	SI	NO	1	NO
147259	M	16	920-64	Ileo Adinámico	S-64-9711	Apendicitis Aguda	NO	NO	NO	NO
91956	M	41	3379-64	Proceso inflamatorio inferior derecho. Ileo paralítico multi focal	S-64-10211	Apendicitis Aguda con periaepidicitis	SI	NO	1	NO
106563	M	15	4982-64	NORMAL	S-6410628	Apendicitis Aguda	SI	Inf. herida	NO	NO
113088	M	14	4613-62	NORMAL	S-64-9746	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO

R.M.	SEXO	EDAD	N° Rx	DIAGNOSTICO Rx	N° AN.PAT.	DIAGNOSTICO AN.PAT.	Antibió- ticos	Compli- cación Post-op	Pen- ross	Compli- cación Penross
167830	M	22	10041-64	Dilatación asas intestino del- gadas y gruesas, borramiento sombras viscerales fosa il. derecha, aspecto inf. dicha región	S-64-11823	Apendicitis Aguda Gangrenosa	NO	NO	2	NO
67497	M	14	3369-64	Foco inf. probablemente ceco- apendicular	S-64-10208	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO
64825	M	43	3024-64	NORMAL	S-64-10130	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
152386	M	18	3224-64	Apendicitis Aguda Perf.	S-64-10162	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
152863	M	21	3441-64	NORMAL	S-64-10216	Apendicitis Aguda Purulenta con peri-apendicitis severa	SI	NO	NO	NO
153820	M	20	3864-64	Parálisis intestinal sugiere la posibilidad de peritani- tis	S-64-10346	Apendicitis Aguda	SI	NO	NO	NO
154512	M	47	4188-64	Distensión de un grupo de asas int. en el medio abdomen uréter pélvico izq. hay calci- ficación atribuible a cálculo	S-64-10440	Apendicitis Aguda Purulenta	SI	NO	NO	NO
161219	M	30	7115-64	NORMAL	S-64-11165	Apendicitis Aguda Gangrenosa peri-apendicitis	SI	NO	2	NO
163683	M	33	8220-64	Paresia intestinal	S-64-11408	Apendicitis Aguda Purulenta	NO	NO	NO	NO

III. RESULTADOS.

En el capítulo anterior podemos observar los resultados siguientes:

EDAD:

Tomamos en cuenta pacientes de doce años en adelante, las edades en que se registró el porcentaje más alto de apendicectomía fueron de los doce a los veinte años, con el 33%, disminuyendo paulatinamente conforme aumenta la edad de los pacientes (Ver cuadro número 1).

VARIEDADES DE APENDICITIS:

En los informes de Anatomía Patológica podemos observar que la mayor incidencia fue de Apendicitis Aguda (Ver cuadro No. 2).

CUADRO No. 1.

CUADRO No. 2.

Edad:

12-20 años.....	33%
21-30 años.....	23%
31-40 años.....	21%
41-50 años.....	12%
51-60 años.....	6%
61-70 años.....	3%
71-80 años.....	0%
81-90 años.....	1%

Variedades de Apendicitis:

Aguda.....	56%
Purulenta.....	23%
Gangrenosa.....	12%
Supurada.....	9%

RELACION DE DIAGNOSTICO RADIOLOGICO CON EL DIAGNOSTICO DE A-

NATOMIA PATOLOGICA:

Considerando los signos radiológicos enumerados en la introduc-

ción, desde los menos evidentes hasta los más marcados, encontramos en resumen los siguientes datos:

Diagnóstico Radiológico compatible con informe de Anatomía Patológica 72%

Diagnóstico Radiológico no compatible con informe de Anatomía Patológica 28%.

IV. DISCUSION.

Este capítulo tiene por objeto relacionar el cuadro radiológico de pacientes con diagnóstico clínico de "Apendicitis Aguda", y los hallazgos de Anatomía-Patológica en el apéndice extraído en dichos pacientes.

El objeto de esta relación es valorar la utilidad de la radiografía simple de abdomen para el diagnóstico clínico de esta enfermedad.

En los casos estudiados encontramos que el examen radiológico - simple del abdomen fue llevado a cabo con facilidad, sin comprometer el estado del paciente, por lo que lo consideramos un examen sencillo que no conlleva complicaciones al paciente, que no retarda el tratamiento cuando el diagnóstico está hecho por otros métodos, por otro lado, los hallazgos son fáciles de evaluar y en los casos de duda clínica, puede ser determinante.

Al hacer el presente trabajo se revisaron los casos de pacientes a quienes les fué practicada "apendicectomía", durante los años de 1964, 1965 y 1966, en el Hospital Roosevelt, habiéndose seleccionado los que el informe de Anatomía Patológica fue "Apendicitis Aguda", excluyéndose las "Apendicitis Agudas Peforadas", ya que en este tipo de apendicitis el cuadro radiológico puede reportar una complicación sobre-agregada, como es la peritonitis, producida por la ruptura del apéndice vermiforme.

Como podemos observar en los resultados del capítulo anterior, en

72% de los pacientes con apendicitis aguda hubo signos radiológicos relacionados, cifra suficientemente elevada para considerar el estudio simple radiográfico de abdomen un recurso de gran utilidad diagnóstica y principalmente en los casos en que la clínica no aporta los suficientes datos para dar un diagnóstico definitivo.

Es necesario señalar, además la ayuda que nos presta la radiografía simple de abdomen para hacer un diagnóstico diferencial con otras entidades patológicas, como inflamación del Divertículo de Meckel, afecciones del riñón derecho y del uréter del mismo lado, ascaridiasis, neumonía basal; que pueden presentar un cuadro clínico semejante al de una Apendicitis aguda.

NEVA EVALUACION DE RADIOGRAFIAS Y SU RELACION CON LOS HALLAZGOS ANATOMO-PATOLOGICOS:

Conociendo que la evaluación radiológica, cuando se efectúa entre el trabajo de rutina en hospitales, la atención del radiólogo puede tener ligeras variantes, se decidió hacer reevaluación integrada de los 100 casos y en este nuevo escrutinio obtuvimos los siguientes resultados, que son comparables en la mayoría de ellos con la evaluación inicial, por lo que tabulamos únicamente los datos de esta nueva revisión.

Haciendo una evaluación de los estudios radiográficos simples --

del abdomen en los pacientes escogidos para este trabajo, en cuanto a los signos radiográficos que se encuentran presentes, encontramos que en el 30% de ellos hay "Ileo parálítico localizado a fosa ilíaca derecha, con niveles hidroaéreos", en dos de ellos se ve una pequeña calcificación en la zona del apéndice que sugiere fecalitos", y los hallazgos Anatómo-Patológicos fueron de "Apendicitis Aguda". En un 15% se encontró "Ileo parálítico en forma difusa". Asociado al cuadro de íleo parálítico encontramos el borramiento -- parcial o total del psoas, el cual nos hace más concluyente la imagen radiográfica para asociarla a un proceso apendicular agudo; este cuadro lo encontramos en el 26% de los casos observados, correlacionándolo con los hallazgos de Anatomía Patológica hubo múltiples variedades de "Apendicitis Aguda".

En un 9% se encontró "íleo parálítico, borramiento del psoas y además infiltrado de la grasa pro-peritoneal", este cuadro es aún más concluyente de una apendicitis aguda severa, en estos casos, los estudios Anatómo-Patológicos reportaron "procesos gangrenosos o Apendicitis Purulenta".

En el 7% de los casos encontrados los signos clásicos de apendicitis aguda o sea "íleo parálítico con niveles hidroaéreos, borramientos del psoas infiltrado de la grasa pro-peritoneal y escoleosis derecha", tres de éstos presentaron una imagen compatible con absceso purulento con gas, que al relacionarlos con Anatomía Patológica fueron "Apendicitis Aguda Supurada", sin llegar a la

perforación.

Catorce casos fueron reportados "Normales" o cambios muy leves,
por lo que fueron considerados normales y al hacer la correlación con Anatomía

Patológica se encontraron "Apendicitis Aguda".

Ileo paralítico utilizando a fosa iliaca derecha con niveles hidroaéreos.	45%
---	-----

Ileo paralítico + borramien- to de psoas	26%
---	-----

Ileo paralítico miento de psoas e infil- trado grasa peritoneal	9%
---	----

Ileo paralítico borramien- to psoas infiltrado de gra- sa peritoneal y escolio- sis derecha	7%
--	----

Placas simples de abdo-- men con cambios no sig- nificativos (normales)	13%
---	-----

V. S U M A R I O

1. - El examen radiológico simple no compromete el estado general del paciente.
2. - No retarda el tratamiento final.
3. - Puede descartar otro tipo de patología abdominal.
4. - Puede ser determinante en los casos de duda clínica.
5. - Los hallazgos, cuando son observados con ciertos conocimientos, son de fácil evaluación aún para médicos no radiólogos
6. - No necesita de concurrencia de personal extra ni especializado en la mayoría de los casos.
7. - En un alto porcentaje de los casos hay signos radiográficos sugestivos de "Apendicitis Aguda".
8. - En un 72% hay signos diagnósticos positivos de "Apendicitis Aguda".
9. - Conociendo los signos radiológicos en la mayoría de los casos, se puede pre-juzgar el grado de severidad del proceso, como en las "Apendicitis Purulenta" o "Gangrenada".
- 10- Se puede conocer complicaciones como perforación, etc.

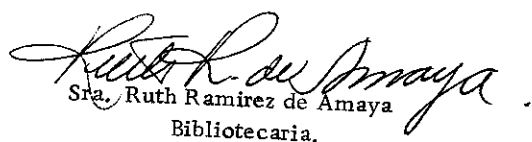
VI. BIBLIOGRAFIA

1. - Anderson W.A.D., Pathology, 2nd ed. Saint-Luis, C.V. Mosby, -- 1953 pp 787-791.
2. - Brainerd H., Krupp Marcus and Milton Chatton, Current diagnosis - and treatment, California, Lange Ed. 1970. pp. 320-331.
3. - Cecil R. y Loeb R. Tratado de medicina interna, 12 ed. México, Interamericana, 1968 pp. 965-968.
4. - Fernández y Fernández, Víctor. Infección de la herida operatoria de - la apendicectomía por apendicitis aguda. Tesis. Guatemala Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1968. 35 p.
5. - Ham, Arthur, Histología, 5a ed. México, Interamericana, 1967, p. 646.
6. - Harkings, H. et al. Principios y práctica de cirugía, 2a. ed. México, Interamericana, 1965 pp 711-744.
7. - Killam, A.R., An usual cause of appendicitis: torsión produced by a mesoappendicitis lipoma, Amer. Surg. 35: 648-9, Sept. - 1969.
8. - Nardi, George L. and Zuidema George D., Surgery, a concise guide to clinical practice 2nd ed. Bostón. Little Brown & Co., --- 1965 pp 460-461.
9. - Paz, Julio, Apendicitis aguda, revisión de una serie de casos del hospital general. Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos Facultad de Ciencias Médicas, 1959. 40 p.
- 10- Peltokallio P. et al, Acute appendicitis in the aged patient, study of 300 cases after the age of 60. Arch. of Surgery, (Chicago) - 100:140-3 Feb. 1970.
- 11- Robbins, Stanley, Textbook of pathology with clinical application, - 2nd ed. Philadelphia, W.B. Saunders, 1964 pp 701-704.

Bibliografía...

- 12- Tegtmeyer, C.J., Roentgen findings in acute appendicitis, Ann, D.C. - 38: 127-30, Mar. 1969.
- 13- Tejada V., Carlos, Anatomía patológica de las apendicitis, su relación - clínico patológica, Tesis. Guatemala, Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1951. 40 p.
- 14- Teschendorf W., Tratado de diagnóstico diferencial roentgenológico, 3a. ed. España, Labor S.A, 1959 pp 597-614.
- 15- Testut L. y Latarget A. Tratado de anatomía humana 8a. ed. IV. Aparato de la digestión, peritoneo aparato urogenital. Salvat Editores, 1947 pp. 418-431.

Vo. Bo.


Sra. Ruth Ramirez de Amaya
Bibliotecaria.

BR. FERNANDO PADILLA BORJES

DR. RODOLFO MCDONALD KANTER
Asesor.

DR. MANUEL MOLINA NUYENS
Revisor.

DR. JOSE QUIÑONEZ AMADO
Director De Fase III.

DR. CARLOS ALBERTO BERNHARD
Secretario.

Vo. Bo.

DR. CESAR AUGUSTO VARGAS M.
Decano.