

UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



APENDICITIS AGUDA, REVISION DE CASOS DE 1972-1976
HOSPITAL DE AMATITLAN

MANUEL EDUARDO BARRIOS ALMENGOR

PLAN DE TESIS

1. PREFACIO
2. INTRODUCCION
3. OBJETIVOS
4. ANTECEDENTES HISTORICOS
5. CONSIDERACIONES GENERALES
 - a) PATOGENIA Y ETIOLOGIA
 - b) DIAGNOSTICO DIFERENCIAL
 - c) EXAMENES COMPLEMENTARIOS
 - d) TRATAMIENTO

MATERIAL Y METODOS

ANALISIS DE 84 FICHAS CLINICAS DE PACIENTES DE HOSPITAL DE AMATITLAN.

- a) FRECUENCIA RELATIVA
- b) FRECUENCIA POR EDAD Y SEXO
- c) FRECUENCIA DE LA PERFORACION CON LA EDAD
- d) FRECUENCIA DE LA PERFORACION CON EL TIEMPO

DESDE EL INGRESO DEL PACIENTE HASTA LA OPERACION

e) ANALISIS DE COMPLICACIONES Y MUERTES

ANALISIS Y COMENTARIOS

CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

El presente trabajo se llevó a cabo, motivado por los problemas que suceden en emergencia de los hospitales cuando se presenta un paciente con apendicitis aguda, ya que el cuadro típico clásico se presenta más o menos en la mitad de los casos, por lo que pueden haber errores diagnósticos, lo cual aumentaría la mortalidad principalmente en niños y en ancianos, para evitar estos errores el médico debe hacer una evaluación clínica a conciencia, y si el cuadro es muy confuso, observar al paciente y ayudarse de otros medios tales como el laboratorio, Rayos X, Punción abdominal. Y debemos de tener presente que la apendicitis aguda es una de las causas más frecuentes de "abdomen agudo quirúrgico".

APENDICITIS AGUDA

ANTECEDENTES HISTORICOS

En 1,759 MESTIVER emplea por primera vez el término apendicitis, también identificó un plastrón apendicular.

En 1,812 JOHN PARKINSON, menciona por primera vez la muerte por peritonitis por perforación del apéndice.

En 1,827 MELLIER sacó un artículo sobre la inflamación de la apéndice, y de la frecuente muerte por peritonitis entre los adultos jóvenes, recomendando el tratamiento quirúrgico, como el de elección.

KROENLEIN, en 1,884, refiere la primera peritonitis al apéndice perforada, realizó la primera apendicectomía pero el paciente falleció.

En junio de 1,886, se realizó la primera apendicectomía en los Estados Unidos por HALL, aunque con Dx, equivocado creyendo que era una hernia estrangulada.

A. REGINALD FITZ, en 1,888 se le debe la identificación del apéndice como el sitio primario de la infección y publicó sus observaciones anatomopatológicas.

CHARLES Mc BURNEY, en 1,889, describió el signo y la incisión que actualmente llevan su nombre, así también describió una técnica para extirpar el apéndice, formuló un arreglo ordenado y preciso de los rasgos clínicos de las fases iniciales de la apendicitis, los que hacen posible el diagnóstico antes de la perforación.

OBJETIVOS

- 1) Establecer la incidencia de apendicitis aguda en el Hospital de Amatlán, durante el período 1972-1976.
- 2) Evaluación de los problemas diagnósticos y de la conducta médica inicial, tanto casera como hospitalaria.
- 3) Revisar complicaciones pre-operatorias y post-operatorias con respecto a esta patología se refiere.
- 4) Revisión de la mortalidad de los pacientes con apendicitis aguda.

THOMAS G. MORTON, de Filadelfia, parece ser el que realizó la primera apendicectomía venturosa con Dx Pre-Op Apendicitis Perforada. El paciente curó.

ANATOMIA DEL APENDICE

Es un órgano vestigial, que se desprende de la pared interna del ciego a 2-3 cm. por abajo del orificio ileocecal. Generalmente tiene la forma de un tubo cilíndrico flexuoso, suele medir de 8 a 10 cm. de longitud.

Su posición es variable, puede encontrarse en la cavidad peritoneal, su posición típica en fosa ilíaca derecha, puede también estar debajo del ileo terminal o atrás del ciego y si el ciego es bajo el apéndice puede quedar totalmente en la pelvis.

Si el ciego está alto, el apéndice puede quedar detrás de él y ascender al hipocondrio derecho, lo único constante es que su base se encuentra siempre en el ciego, en el sitio donde convergen las 3 tenias del colon.

El apéndice recibe inervación del plexo Celíaco, y está irrigada por la arteria mesentérica superior, a través de la rama apendicular de la arteria ileocólica.

FISIOLOGIA DEL APENDICE

El apéndice cuando hay ausencia de inflamación y obstrucción su contenido fecal se vacía con facilidad en el ciego, con ayuda de su fuerte musculatura, que puede reducir su longitud a 2/3, aumentando a la vez su anchura descargando así su contenido, al antro apendicular o sea al tercio contiguo al ciego o incluso al órgano entero.

El contenido del apéndice lo mantiene largo tiempo en los 2/3 inferiores de su cuerpo por escasa movilidad. La evacuación del apéndice está regida 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.

ETIOLOGIA Y PATOGENIA

El factor principal en la patogenia de la apendicitis es la obstrucción. El agente obstructor puede ser normal, como un fecalito o ser un cuerpo extraño sólido, la obstrucción puede ser causada también por padecimiento en la pared apendicular, como una estenosis fibrosa por inflamación previa, o hiperplasia de folículos linfoides o bien un tumor.

Las que son raras son las adherencias pero pueden ocluir la constriñendo la base del apéndice.

La apendicitis obstructiva es un tipo de obstrucción en "asa cerrada", progresando hasta la estrangulación, necrosis, perforación y peritonitis. La presión intraluminal aumentan más allá del punto en que la arteria apendicular terminal es permeable de este modo es como la circulación se compromete.

Los efectos de la perforación dependen de su rapidez, causan una masa o un absceso local, si el epiplón y las asas intestinales adyacentes se han adherido al apéndice inflamado.

Si el tabicamiento del absceso no es adecuado se presenta peritonitis generalizada.

El mayor problema es en niños y ancianos ya que el epiplón del niño es corto y frágil, en los ancianos la arterioesclerosis provoca oclusión temprana de la arteria apendicular y la peritonitis general se forma cuando el contenido del apéndice necrótico se vacía en la cavidad peritoneal.

En algunos casos la apendicitis parece estar relacionada con una infección de las vías respiratorias altas, dato que no está establecido por una correlación significativa. Otras infecciones tales como: fiebre reumática, escarlatina, sarampión y otras enfermedades exantemáticas son poco frecuentes en causas de apendicitis otras enfermedades, como: tuberculosis, tifoidea, actinomicosis, helmintos, en especial el enterovirus vermicularis, amebiasis, balantidiasis.

MANIFESTACIONES CLINICAS

El ataque de apendicitis habitualmente se inicia con dolor en epigastrio o perihumbilical, al cabo de 2 a 12 horas el dolor se dirige hacia el cuadrante inferior derecho, seguido de náuseas, 1 a 2 episodios de vómitos, hay anorexia, malestar general moderado, fiebre discreta. Es habitual la presencia de constipación pero en ocasiones hay diarrea.

El síntoma principal de apendicitis aguda es el dolor abdominal y este se debe al estiramiento de la serosa por el edema y a la inflamación de los linfáticos en la raíz del mesenterio. Cuando aumenta la inflamación más allá de la luz hasta el peritoneo parietal contiguo, causa dolor en el cuadrante inferior derecho. Luego al necrosarse y gangrenarse hasta la perforación del apéndice da un breve alivio al dolor, porque se suprime bruscamente la presión del apéndice, el paciente puede creer que está mejorando pero pronto sobreviene el dolor agudo generalizado de la peritonitis, que persiste hasta que se hace el drenaje quirúrgico.

La localización del dolor depende de la posición del apéndice.

RETROCECAL. El dolor es sobre los músculos de la pared abdo-

minal posterior y sobre riñón o ureter, y hay dolor en el flanco o región lumbar.

PELVIANA. El dolor abdominal puede ser ligero, localizado en hipogastrio, el apéndice inflamado puede tocar el peritoneo que recubre vejiga, recto u órganos pelvianos en la mujer y el movimiento de cualquiera de estas estructuras empeora el dolor. Se encuentran otros síntomas también tales como:

ANOREXIA. Es invariable.

EL VOMITO. En etapas tempranas es de origen reflejo pero después cuando la peritonitis ha causado íleo paralítico, el vómito puede ser abundante y fecaloide.

LAS EVACUACIONES. El estreñimiento es frecuente, pero no invariable; la diarrea es más frecuente en niños y en pacientes cuyo apéndice se halla cerca del recto y lo irrita.

Cuando se forma un absceso pelviano produce necesidad continua de defecar expulsando pequeñas cantidades de moco.

SIGNOS FISICOS

Puede haber fiebre, no muy alta y con una diferencia entre la temperatura oral y rectal hasta de un grado, cuando no hay complicaciones. El paciente puede estar deshidratado, lengua saburral, aliento fétido, sudoración.

Los signos del apéndice dependen en parte de la posición en que se encuentre ésta, por lo que la evaluación del paciente debe de ser completa. Al ingreso del paciente es importante observar la postura y conducta, ya que él evita moverse, sentarse o girar y si lo hace es gradualmente para no empeorar el dolor, puede estar en decúbito con el muslo derecho flexionado, relajando así los músculos de la pared del abdomen o el psoas, aminorando así el dolor.

En niños el diagnóstico es más difícil ya que no está capacitado para verbalizar su dolor abdominal, puede estar nervioso, llorando, con sueño perturbado y con resistencia a la palpación abdominal. Es muy útil y significativo observar los cambios de expresión facial ya que pueden presentar, aspecto de gravedad, con respiración quejumbrosa, abdomen rígido, aleteo nasal, color pálido y expresión ansiosa.

La postración extrema puede ir precedida de un desacomodado período de inactividad. La fiebre antes de la perforación del apéndice puede ser moderada o faltar, cuando se produce la peritonitis se eleva a 39.5°C - 40.5°C . Después de los signos vitales y la observación del paciente, vamos a tomar en cuenta los signos más importantes de apendicitis ya que existen abundantes.

SIGNO DE McBURNEY

Este punto se encuentra, trazando una línea imaginaria entre la espina iléaca antero superior, sobre la línea que la une al ombligo y dividiéndola en 3 segmentos iguales este punto se encuentra 1 cm. por debajo de aquel en que se une el segmento medio y el externo. Es positivo cuando hay hiperestesia defensiva muscular, incluso rigidez de los músculos de la fosa iléaca derecha, al retirar bruscamente la mano de la pared abdominal puede haber dolor de rebote,

SIGNO DE ROVSING

Es positivo cuando el paciente siente dolor en el cuadrante inferior derecho al ejercer presión sobre el cuadrante inferior izquierdo. Se supone que resulta del desplazamiento de los gases de colon hacia la región cecal o apendicular inflamada.

SIGNO DE BLUMBERG

Se investiga comprimiendo la región cecal, hay dolor, pero a la descompresión brusca es mucho más dolorosa en caso de apendicitis con peritonitis activa.

Cuando el apéndice está en posición anómala, los signos locales de irritación peritoneal son más manifiestos en otros puntos.

En el apéndice retrocecal, la hiperestesia puede ser más notable en el flanco. Si está en la pelvis la hiperestesia es suprapúbica.

Hay signos que nos pueden dar la localización del apéndice inflamada. Psoas y obturador.

PSOAS

Si el apéndice inflamada está cerca del psoas o en situación posterior hay dolor investigando este signo.

Se acuesta al paciente sobre el lado izquierdo y poniendo en hiperflexión la pierna derecha de esta manera se estira el músculo psoas, provocando dolor cuando hay inflamación de su fascia.

SIGNO OBTURADOR

Se explora con el paciente en decúbito dorsal, se flexiona el muslo derecho luego se hace girar hacia adentro, de este modo se estira el músculo obturador interno y su fascia, si hay dolor indica fascitis del obturador interno y un apéndice en situación pelviana.

DEFENSA MUSCULAR

Es cuando se ejerce presión sobre la región apendicular inflamada, se contraerán los dos músculos rectos al mismo tiempo.

RIGIDEZ DEL RECTO DERECHO

Se investiga colocando ambas manos sobre el abdomen, comprobando así que uno de los rectos permanece relajado y el otro está rígido, lo que indica la presencia de una masa.

TACTO RECTAL Y EXPLORACION PELVICA

Son indispensables y debe constituir la etapa final del examen físico ya que proporciona datos de mucho valor para el diagnóstico de apendicitis.

En niños, en ocasiones se descubrirá una masa palpable o región dolorosa en el lado derecho, cuando hay vicerotosis general el apéndice inflamada se palpa con facilidad.

Al comprimir suavemente el peritoneo de la bolsa de Douglas, el paciente manifiesta dolor en el hipogastrio. La verdadera hiperestesia del peritoneo pelviano debe distinguirse de la ligera molestia que el paciente suele sentir durante el tacto rectal.

HAY TRES PRUEBAS NECESARIAS. En un paciente sospechoso de apendicitis:

- 1o. RECuento LEUCOCITARIO DIFERENCIAL
- 2o. RX. DE ABDOMEN Y TORAX.
- 3o. EXAMEN MICROSCOPICO DEL SEDIMENTO URINARIO

1o. En la apendicitis aguda es común la leucocitosis de 14,000 a 16,000 células por milímetro cúbico, con predominio de formas jóvenes polimorfonucleares, una cifra por arriba sugiere perforación con peritonitis o absceso pero si está normal no invalida el diagnóstico clínico si está muy claro.

SIGNOS RADIOLOGICOS EN APENDICITIS AGUDA

Pueden ser variables, pero sólo haremos mención de los más frecuentes.

1o. Parecia de intestino delgado y colon, difusamente en abdomen, algunas veces hay localización en fosa iléaca derecha, con niveles hidroaéreos pequeños en la radiografía de pie.

2o. Puede estar presente borramiento del psoas, cuando el apén-

dice se encuentra retroperitoneal y el proceso inflamatorio o el exudado periapendicular infiltra la grasa que rodea al psoas borrándolo. Puede haber también escoliosis lumbar de concavidad derecha ya que algunas veces el proceso inflamatorio causa irritación del músculo.

3o. Por el mismo efecto de infiltrado edematoso en la grasa peritoneal, es el borramiento de ella, al compararla con el lado opuesto se observa una pequeña franja oscura en los rebordes laterales del abdomen.

4o. Menos frecuente es la presencia de gas en apéndice ileocecal o de calcificaciones que pueden sugerir apendicolitos, causas de obstrucción o de apendicitis.

5o. En apendicitis perforada se puede observar presencia de gas libre o proceso infeccioso con formación de gas alrededor o en la vecindad del apéndice, en el retroperitoneo o intraperitoneo.

6o. Cuando el proceso inflamatorio es muy severo o cuando el apéndice se ha gangrenado puede encontrarse plastrón edematoso que se visualiza en la Radiografía como área de mayor densidad - Acuosa, rodeada por la parálisis de intestino delgado, algunas veces se logra distinguir el ciego paralizado.

SEDIMENTO URINARIO

Debe examinarse en todo paciente sospechoso de apendicitis, la presencia de eritrocitos en la orina sólo puede obedecer a lesión renal o ureteral. Los piocitos en el sedimento urinario sugiere pielitis o infección de vías urinarias, aunque es posible que un apéndice inflamado vecino al ureter o vejiga, para que provoque piuria y hematuria microscópica, en este caso hay menos piocitos en la orina que en una infección urinaria.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

La diversidad del cuadro clínico de apendicitis aguda obliga al médico a pensar en los signos y síntomas referibles a la cavidad abdominal, en especial en el cuadrante inferior derecho o en la pelvis.

Para el diagnóstico diferencial del apendicitis se debe tomar en cuenta tres factores principales, edad y sexo del paciente y estado de la lesión apendicular, y situación anatómica del apéndice.

EN EL NIÑO. Menores de 3 años es un problema especial cuando se sospecha de apendicitis aguda, en primer lugar no se puede obtener una historia precisa y también a practicar un examen adecuado y tranquilo. En un niño pequeño, asustado, con intenso dolor abdominal.

LA GASTROENTEROCOLITIS AGUDA. Simple simula apendicitis, pero el mayor error es tratar inicialmente la apendicitis como gastro enterocolitis aguda, pues la administración de antibióticos, puede alterar considerablemente el cuadro con apendicitis y hacer más difícil la diferenciación con gastroenterocolitis. Debe tomarse en cuenta también como diagnóstico diferencial.

NEUMONIA DEL LOBULO INFERIOR DERECHO

Con invaginación de la pleura diafragmática, se puede presentar con dolor abdominal. La ausencia de espasmo, de hipersensibilidad de rebote, pero la presencia de dolor en abdomen superior, la taquipnea, la tos y los signos torácicos y los Rx. de tórax nos ayuda a descartar apendicitis.

ADENITIS MESENTERICA

Puede producir signos y síntomas idénticos a los de apendicitis difíciles de distinguir, sin embargo, es usual encontrar algunos datos claves para el diagnóstico exacto. La adenitis mesentérica es más común en niños o adolescentes; con frecuencia existe el antecedente de infección respiratoria, la localización del dolor es más en el centro del abdomen, a la palpación en el cuadrante inferior derecho es menos precisa y constante y es poco frecuente encontrar defensa muscular verdadera pero aunque se tenga una fuerte sospecha de adenitis mesentérica no es posible asegurarlo, si no es quirúrgicamente.

LOS CALCULOS RENALES O URETERALES

Pueden producir dolor en el cuadrante inferior derecho pero no hay, hipersensibilidad en flanco derecho, fiebre, leucocitosis. Puede haber hematuria si el apéndice se encuentra cerca del ureter derecho irritándolo pero raramente puede haber más de 10 hematíes por campo.

LA INVAGINACION

También puede causar problemas, al producir cólico en el centro del abdomen, que luego se localiza en el lado derecho, cuando los cambios necróticos en la zona de invaginación irritan el peritoneo, puede ser imposible diferenciarla de apendicitis, para diferenciarla nos puede ayudar. Que en la invaginación no hay fiebre y al examen rectal se puede encontrar sangre.

DIVERTICULO DE MECKEL

Puede ser imposible de distinguirse de una apendicitis, la

presencia de sangre, con o sin mucosidad en las deposiciones habla en favor de una diverticulitis, pero para comprobar el diagnóstico es necesaria la intervención quirúrgica y si se encuentra el apéndice normal, debe examinarse la porción terminal del intestino delgado.

Otras causas raras de dificultad diagnóstica en niños son peritonitis primaria y púrpuras.

EN LA MUJER JOVEN

El diagnóstico diferencial se hace con padecimientos ováricos. Y Tubáricos, la salpingitis puede causar dificultad al diagnóstico, pero generalmente el dolor es bilateral y en parte baja del abdomen, ocurre por lo regular al final del período menstrual, con antecedentes de enfermedad venérea, flujo vaginal o dispareunia profunda.

RUPTURA DE UN FOLICULO DE GRAF

Ocurre a la mitad del intervalo entre 2 menstruaciones, el dolor es menos localizado, rara vez hay fiebre y leucocitosis.

EMBARAZO TUBARIO ECTOPICO

El dolor suele presentarse con brusquedad espectacular, es más generalizado y se acompaña de disminución rápida de volumen sanguíneo y choque, lo que origina una intervención quirúrgica inmediata.

QUISTE OVARICO TORCIDO

Produce hipersensibilidad al mover el cuello en la exploración vaginal los signos físicos locales son más intensos.

APENDICITIS EN EL EMBARAZO

Su diagnóstico es más difícil que cuando se presenta en pacientes no embarazadas, puesto que el apéndice se desplaza hacia arriba y a la derecha, lejos del punto de Mac Burney y habitualmente no es posible localizar la infección. El útero crecido desplaza el colon y el intestino delgado, las contracciones uterinas impiden la formación de absceso pero si se hace el diagnóstico es mejor la intervención temprana antes de una perforación con sus complicaciones, ya que el pronóstico para la madre y el niño es bueno.

En general el diagnóstico diferencial de apendicitis aguda es el diagnóstico diferencial de abdomen agudo, el Síndrome agudo inflamatorio, a la apendicitis aguda, perforación tífica. Dentro del Síndrome abdomen agudo perforativo, úlcera duodenal y las perforaciones intestinales no inflamatorias, en el grupo de abdomen agudo hemorrágico tenemos: Ruptura esplénica, ruptura hepática.

Abdomen agudo oclusivo, invaginación intestinal, volvulos y oclusión intestinal por áscaris.

En el Hospital Roosevelt efectuaron un estudio sobre abdomen agudo en niños el resultado fue el siguiente:

- 1o. Apendicitis aguda
- 2o. invaginación intestinal
- 3o. Perforación tífica
- 4o. volvulos.

Abdomen agudo perforativo, hemorrágico y obstrucción por áscaris.

MATERIAL Y METODOS

Para el presente trabajo se revisaron 84 historias clínicas de pacientes de todas las edades y de ambos sexos que fueron intervenidos en el Hospital de Amatitlán durante 5 años (1972-1976).

En estadística me proporcionaron el informe mensual de egresos hospitalarios, en donde se encuentra el diagnóstico de egreso y el No. de Historia Clínica, se encontró un total de 84 casos que fueron revisadas en el archivo de dicho Hospital y se procedió a obtener los datos siguientes:

1. Edad
2. Sexo
3. Origen
4. Antecedentes
5. Diagnóstico inicial
6. Tiempo de evolución de los síntomas

SINTOMAS

1. Dolor
2. Náusea
3. Vómitos
4. Fiebre
5. Constipación
6. Diarrea
7. Anorexia
8. Investigación de la terapéutica casera

1. Hallazgos al examen Físico
Datos de laboratorio clínico, diagnóstico Radiológico

1. Informe de anatomía Patológica

1. Tratamiento quirúrgico

Anestesia empleada

Incisión operatoria empleada

Hallazgos operatorios

Operación realizada

Diagnóstico pre-Operatorio

Diagnóstico Post operatorio.

RECUESTO ESTADISTICO

LUGAR DE PROCEDENCIA de pacientes que fueron tratados en el hospital de Amatitlán por apendicitis aguda.

AMATITLAN	27	32.14 %
PTO. DE SAN JOSE	7	8.33 "
ESCUINTLA	9	10.71 "
VILLA NUEVA	10	11.91 "
CHIQUMULILLA	3	3.57 "
TAXISCO	2	2.38 "
PALIN	2	2.38 "
LA GOMERA	7	8.33 "
LA DEMOCRACIA	2	2.38 "
STA. LUCIA COTZ.	3	3.57 "
COMAPA	1	1.19 "
SN. MIGUEL PETAPA	4	4.76 "
GUAZACAPAN	2	2.38 "
SAN VICENTE PACAYA	1	1.19 "
GUATEMALA	2	2.38 "
TIQUISATE	1	1.19 "
VILLA CANALES	1	1.19 "

EDAD

	casos	
0---5 años	2	2.38 %
6---10	6	7.14
11---15	6	7.14
16---20	20	23.80
21---25	22	26.14
26---30	11	13.09
31---35	4	4.76
36---40	4	4.76
41---45	0	0.00
46---50	1	1.19
51---55	5	5.95
56---60	0	0.00
61---65	2	2.38

Clasificación por edad.

Paciente más joven	5 años
Paciente de mayor edad	63 años
Edades más afectadas	16---30 años

SEXO

	casos	%
FEMENINO	43	51.19
MASCULINO	41	48.81

En el cuadro anterior se puede observar que el sexo más afectado fue el femenino 2.38% de diferencia, en otros estudios el sexo más afectado es el sexo masculino.

TIEMPO DE EVOLUCION DE LOS SINTOMAS, AL INGRESO DEL PACIENTE

Horas	Casos	%
1---12	5	5.95
13---24	7	8.33
25---36	0	0.00
37---48	13	15.47
49---72	22	26.19
73---96	7	8.33
97---144	12	14.28
145---192	5	5.95
Más de 8 días	13	14.28

Síntomas	Casos	%
Vómitos y náuseas presentaron	44	52.38
Náuseas	6	7.14
No presentaron Vómitos ni náuseas	34	40.47

ESTREÑIMIENTO

Presente	38 casos	42.23 %
Ausente	47 "	55.95 %
Diarrea	17 casos	20.23 %
Evacuaciones Normales	29 "	34.52 %

ANOREXIA

Presente	66 casos	78.57 %
Ausente	18 "	21.42 %

TACTO RECTAL

Se encontró positivo en	62 casos	73.80 %
Negativo en	12 "	14.28 %
No reportados	10 "	11.90 %

TRATAMIENTO CASERO ANTES DEL INGRESO

PURGANTE se le administró a 4 pacientes 4.76 %
antiespasmódicos 15 " 17.85

A los 4 pacientes que se les administró purgante los encuen
tros operatorios fueron los siguientes:

- 1o. Apendice congestionada (con infartos en su pared) y peri-
tonitis generalizada. Síntomas de 3 días de evolución y
fue intervenido quirúrgicamente a las 8 horas de su ingreso.
- 2o. Apéndice retrocecal necrosada en su parte media distal per-
forada.
- 3o. Apéndice perforada, mesentérica inflamado, peritonitis.
- 4o. Intestino sumamente dilatado y el apéndice edematizado hi-
perémico, perforado, secreción purulenta, Peritonitis.

Esto quiere decir que la administración de purgantes y la-
xantes a pacientes con apendicitis activa la perforación.

SIGNOS FISICOS

Temperatura al ingreso

36 ---36.5°C	10 casos	11.90 %
36.6---37 "	18	21.42 %
37.1---37.5 "	12	14.28 %
37.6---38 "	16	19.04 %
38.1---38.5 "	12	14.28 %
38.5---39 "	10	11.90 %
39.1---39.5 "	5	5.95 %
39.6---40 "	1	1.19 %

EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se efectuaron Hemoglobi-
na y recuento de blancos ya que en el hospital no siempre se hace
hemograma de Schilling.

4,000 --- 5,000	3 casos	3.57 %
5,001 --- 6,000	4	4.76 %
6,001 --- 7,000	6	7.14 %
7,001 --- 8,000	6	7.14 %
8,001 --- 9,000	5	5.95 %
9,001 --- 10,000	4	4.76 %
10,001 --- 11,000	8	9.52 %
11,001 --- 12,000	6	7.14 %
12,001 --- 13,000	1	1.19 %
13,001 --- 14,000	3	3.57 %
14,001 --- 15,000	4	4.76 %
15,001 --- 16,000	4	4.76 %
16,001 --- 17,000		
17,001 --- 18,000	1	1.19 %
18,001 --- 19,000	4	4.76 %
No reportados	16	19.04 %

Entre otros exámenes que se efectuaron 5 Widal y 2 gotas
gruesas informe negativo.

EXAMENES RADIOLOGICOS

EFFECTUADOS	15	17.85 %
No Reportados	3	3.57 %
No efectuados	66	78.57 %

Entre los reportados tenemos:

5 casos. Dilatación marcada de asa con edema y niveles líquidos

6 casos. Nivel líquido en cámara gástrica.
I.C. Apendicitis aguda perforada.

4 casos. Hay borramiento del pasoas, íleo paralítico localizado a fosa ilíaca derecha, con niveles hidroaéreos.

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA

Raqui	70 casos	88.33 %
General	14 casos	16.66 %

INCISION OPERATORIA EMPLEADA

Mc Burney	48	85.75 %
Para-mediana derecha	10	13.69 %
Mediana	7	9.58 %
Paramediana derecha		
Infra umbilical	8	10.95 %

EXAMENES DE LABORATORIO

Los exámenes de laboratorio que se efectuaron Hemoglobina y recuento de blancos ya que en el hospital no siempre se hace hemograma de Schilling.

4,000 --- 5,000	3 casos	3.57 %
5,001 --- 6,000	4	4.76 %
6,001 --- 7,000	6	7.14 %
7,001 --- 8,000	6	7.14 %
8,001 --- 9,000	5	5.95 %
9,001 --- 10,000	4	4.76 %
10,001 --- 11,000	8	9.52 %
11,001 --- 12,000	6	7.14 %
12,001 --- 13,000	1	1.19 %
13,001 --- 14,000	3	3.57 %
14,001 --- 15,000	4	4.76 %
15,001 --- 16,000	4	4.76 %
16,001 --- 17,000		
17,001 --- 18,000	1	1.19 %
18,001 --- 19,000	4	4.76 %
No reportados	16	19.04 %

Entre otros exámenes que se efectuaron 5 Widal y 2 gotas gruesas informe negativo.

EXAMENES RADIOLOGICOS

EFFECTUADOS	15	17.85 %
No Reportados	3	3.57 %
No efectuados	66	78.57 %

Entre los reportados tenemos:

5 casos. Dilatación marcada de asa con edema y niveles líquidos

6 casos. Nivel líquido en cámara gástrica.
I.C. Appendicitis aguda perforada.

4 casos. Hay borramiento del pasoas, íleo paralítico localizado a fosa ilíaca derecha, con niveles hidroaéreos.

TIPO DE ANESTESIA UTILIZADA

Raqui	70 casos	88.33 %
General	14 casos	16.66 %

INCISION OPERATORIA EMPLEADA

Mc Burney	48	85.75 %
Para-mediana derecha	10	13.69 %
Mediana	7	9.58 %
Paramediana derecha		
Infra umbilical	8	10.95 %

ENCUENTROS OPERATORIOS

1. Apéndice ligeramente congestionada.	8 casos	10.95 %
2. Apéndice con inflamación aguda supurativa	12 casos	16.43 %
3. Apéndice perforada purulenta peritonitis	17 casos	23.28 %
4. Apéndice gangrenada perforada	5 casos	6.84 %
5. Apéndice retrocecal perforada	8 casos	10.95 %
6. Apéndice retrocecal edematizada	3 casos	4.10 %
7. Apéndice con adherencias al ciego con superficie congestionada purulenta	7 casos	9.58 %
8. Apéndice congestionada	6 casos	8.21 %
9. Apéndice normal	7 casos	9.58 %

APENDICE PERFORADA POR EDADES

0---5	0 casos	
6---10	2 "	6.66 %
11---15	2 "	6.66 %
16---20	6 "	20.00 %
21---25	9 "	30.00 %
26---30	5 "	16.66 %
31---35	1 "	3.33 %
36---40	0 "	0.00 %
41---45	0 "	0.00 %
46---50	0 "	0.00 %
51---55	4 "	13.33 %
56---60	0 "	0.00 %
61---65	1 "	3.33 %

Según el cuadro anterior podemos observar que se encuentran 30 apéndice perforadas, y las edades más afectadas fueron de 16--30 años, las menos afectadas fueron de 36 a 50 años (no se perforó ninguna). Y de 61 a 65 años hubo una perforación.

ASPECTO Y MORFOLOGIA DEL APENDICE

Apéndice con inflamación aguda	44 casos	60.27 %
Apéndice Inflamada	17 casos	23.28 %
Apéndice Gangrenada	5 casos	6.84 %
Apéndice Normal	7 casos	9.58 %

OPERACION REALIZADA

Apendicectomía exclusivamente	73 casos	86.90 %
Apendicectomía y drenaje	00 casos	

En 17 casos se dejó drenaje con Pen Rose 10 por la incisión de Mac Burney y 5 contraincisión en flanco derecho.

DIAGNOSTICO POST OPERATORIO

Se visualizó el apéndice y se confirmó su patología en:

66 casos y se encontró normal en 7 casos.

COMPLICACIONES DURANTE LA OPERACION

No se presentó ninguna complicación.

Se invaginó el muñón apendicular en 60 casos.

COMPLICACIONES

Infección de la herida operatoria. 5 casos 6.84 %

CUIDADOS POST OPERATORIOS

En casos de apendicitis no complicada no es necesaria la aspiración gástrica. La ambulación se inicia en el primer día -

post operatorio, dieta líquida. 2o. día blanda y libre dependiendo de la rapidez con que se reinicien el peristaltismo y la función gastrointestinal.

A todos los pacientes se les administró antibióticos en la mayor parte la asociación de Penicilina cristalina 2-3 días, luego penicilina procaínica más estreptomicina por 7 días.

DIAS DE ESTANCIA

0---5 días	15 casos	17.85 %
6---10 "	40 "	47.62 %
11---15 "	15 "	17.65 %
16---20 "	6 "	7.14 %
21---25 "	5 "	5.95 %
Más de 25 días	3 "	3.57 %

CONCLUSIONES

De 84 casos de apendicitis aguda que se analizaron fueron los que se presentaron en un lapso de 5 años en el Hospital de Amatitlán.

1. El lugar de procedencia fue mayor en el municipio de Amatitlán y Villa Nueva. Se observan pacientes de toda la costa Sur.
2. Se observó más incidencia entre 16 y 30 años.
3. La mayoría de pacientes se presentaron entre 48 y 72 horas de evolución de la enfermedad y un porcentaje pequeño de pacientes en las 24 horas.
4. El Síntoma más frecuente fue la anorexia.
5. Un 18% de pacientes habían recibido tratamiento con antiespasmódicos antes a su ingreso.
6. El signo clínico más frecuente fue dolor en fosa ilíaca derecha en un 52%.
7. En un 78.79% no se efectuaron exámenes de Rx. El diagnóstico se hizo basado en hallazgos clínicos y basados en hematología.
8. La Anestesia más usada fue: Anestesia Raquídea.
9. Tipo de incisión Mac Burney en un 65%.

10. Se encontraron 30 casos con apéndice perforada. 7 casos con apéndice normal.

11. Se usó drenaje de Pen Rose en 20 casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Barnes, B. A et al. Treatment of appendicitis at Massachusetts General Hospital. (1937-1959) JAMA 180:122 1962.
2. Stern, W. Acute appendicitis. The Medical Journal of Australia, pp 401-405. Aug., 1966.
3. Lara Roche, Carlos y otros. Apendicitis aguda. Revista del colegio médico de Guatemala. 15 (1). 9-11 Marzo, 1964.
4. Carlipp, M. Diagnostic E Therapeutic Experience en 1800 cases of appendicitis. Zbl Clin 93:1029-34. 27 Jul 1968.
5. Christopher. Tratado de patología quirúrgica. 9a. Ed. dirigida por Loyal Davis. 9a. ed. Edición en español dirigida por el Dr. Alberto Folch y Pi. México Ed. Interamericana, 1970. pp. 630-634.
6. Harrison, T.R. et al, Principles of internal medicine, 4th. ed. N.Y., Mc Graw-Hill Bookco., 1965 pp. 1012-14.
7. Garcide, Earl and Luis Mella. Pitfalls in the diagnosis and treatment of Appendiceal Peritonitis. S. C. of North América. 38:239, Feb. 1958.
8. Engel, H.H Increase in the incidence of perforate appendicitis. Chirurg. 37:123-5, Mar. 1966.
9. Editorial: Appendicitis. J.A.M.A., 180:154, 1962.
10. Williams, J. S., y Hale. H.W. Jr. Acute Appendicitis in the elderly. Ann. Surg., 162:208, 1965.
11. Fitz, R. H. Perforating inflammation of the vermiform appendix. Amer. J. Med. Sci., 92:321. 1886.
12. Fernández y Fernández, Víctor. Infección de la herida - Operatoria de la apendicectomía por apendicitis aguda, tesis, Guate. Universidad de San Carlos de Guatemala, Facultad de Ciencias Médicas, 1968.
13. Paz, Julio, Apendicitis aguda, revisión de una serie de casos del hospital general. Tesis, Guate. Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas, 1959.
14. Padilla Borjes, Fernando. Correlación anatomo-Patológica Radiológica en apendicitis aguda. Tesis, Guate. - Universidad de San Carlos. Facultad de Ciencias Médicas 1971.

MANUEL EDUARDO BARRIOS ALMENGOR

DR. MARIO ANDRES GONZALEZ
Asesor

DR. ANGEL ALBERTO TORRES
Revisor

DR. JULIO DE LEON MENDEZ
Director de Fase III

DR. RAUL A. CASTILLO R.
Secretario General

Vo. Bo.

DR. ROLANDO CASTILLO MONTALVO
Decano