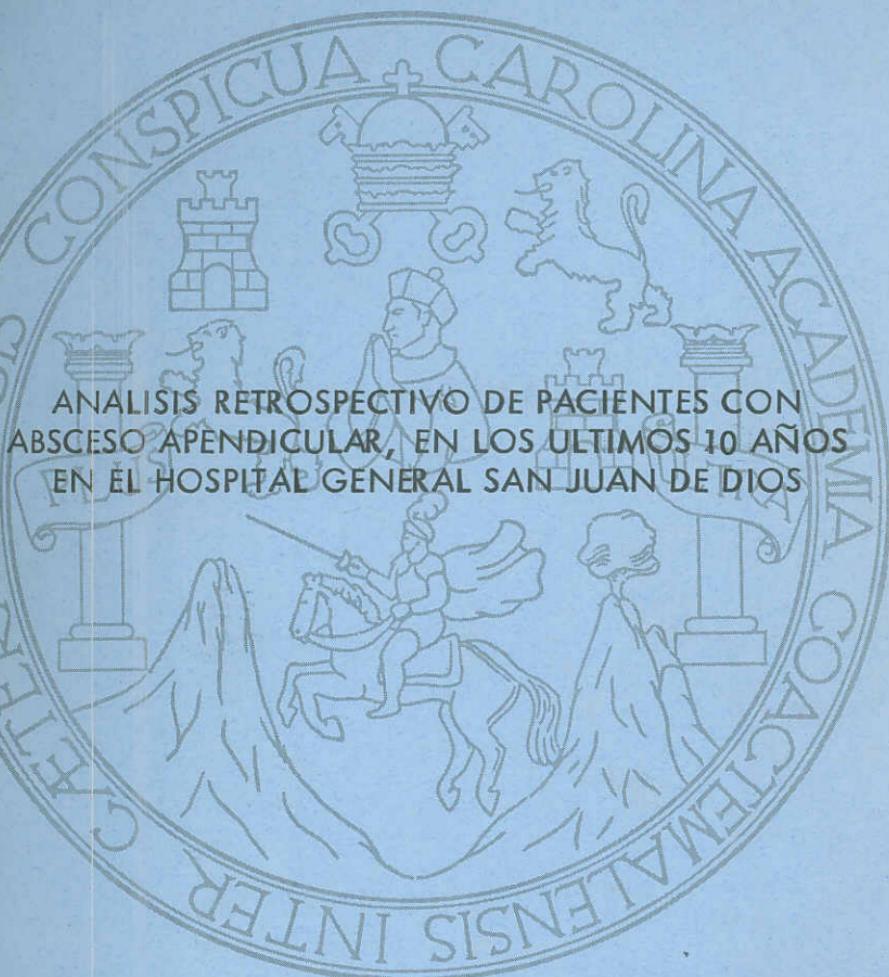


UNIVERSIDAD DE SAN CARLOS DE GUATEMALA
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS



HERMAN MANFREDO JUAREZ GONZALEZ

27 JUN. 1980 27 JUN. 1980

PLAN DE TESIS

- 1.- INTRODUCCION
- 2.- OBJETIVOS
- 3.- MATERIAL Y METODOS
- 4.- NOCIONES GENERALES DE ABSCESO APENDICULAR:
 - a) Anatomía.
 - b) Patología Clínica.
 - c) Topografía.
 - d) Tratamiento.
- 5.- ANALISIS ESTADISTICO DE LOS REGISTROS CLINICOS,
DE LOS PACIENTES INTERVENIDOS QUIRURGICAMENTE.
 - a) Presentación de cuadros y resultados .
 - b) Gráficas .
- 6.- CONCLUSIONES
- 7.- RECOMENDACIONES
- 8.- BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Uno de los problemas más frecuentes de Abdomen Agudo, o constituye la Apendicitis Aguda. En la evolución de las apendicitis agudas no diagnósticas ni tratadas rápidamente, el procedimiento defensivo espontáneo de la serosa peritoneal y del gran epitelio se traduce por una reacción de tipo inflamatorio, con gran exudación fibrinoleucocitaria que provoca la aglutinación de las vísceras vecinas, se forman plastrones o bien Abscesos Apendiculares.

De las entidades mencionadas, es el tratamiento del Absceso apendicular el más controversial, situación que me ha incentivado efectuar el presente estudio, además por no existir publicación o estudio alguno sobre esta entidad patológica en Guatemala y por considerar interesante conocer los diferentes tratamientos quirúrgicos y su evolución en pacientes intervenidos por Absceso Apendicular en el Hospital General San Juan de Dios.

Además de los aspectos anteriores la realización del presente, es resultado de la motivación en la profundización del estudio de temas de interés general y el deseo personal de aportar en mínima parte, apuntes en el amplio campo médico-quirúrgico, que alguna vez puedan servir como referencia, para decidir alguna conducta en pacientes con Absceso Apendicular o simplemente puedan servir de incentivo a algún estudio más sofisticado.

OBJETIVOS

GENERALES:

- 1.- Dar a conocer la frecuencia de Absceso Apendicular en los últimos diez años en el Hospital General "San Juan de Dios".
- 2.- Determinar la edad más frecuente de los pacientes intervenidos quirúrgicamente por Absceso Apendicular.
- 3.- Conocer el grupo étnico y el sexo más frecuentemente afectados con Absceso Apendicular.
- 4.- Llegar a establecer el tipo de tratamiento efectuado en los pacientes con Absceso Apendicular.
- 5.- Determinar la incidencia de Cirujanos que al realizar la intervención quirúrgica, efectuaron Apendicectomía y dejaron drenaje.
- 6.- Conocer la frecuencia de pacientes a quienes únicamente la intervención quirúrgica fue para efectuar drenaje del Absceso.
- 7.- Llegar a establecer que porcentaje de cirujanos, además del tratamiento quirúrgico utilizaron antibioticoterapia.
- 8.- Conocer que Agente patógeno fue el más frecuentemente encontrado en el material del Absceso.

- 9.- Conocer las complicaciones presentadas en los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

ESPECIFICOS:

- 1.- Efectuar el primer estudio sobre Absceso Apendicular en el Hospital General "San Juan de Dios".
- 2.- Tener un conocimiento más amplio sobre "Absceso Apendicular", y su terapéutica; al profundizar su estudio al efectuar la revisión bibliográfica.
- 3.- Llegar a valorar las ventajas o desventajas, del tratamiento quirúrgico, realizado por los cirujanos del Hospital General "San Juan de Dios", de la ciudad capital de Guatemala.
- 4.- Adquirir conocimientos y decidir conductas, con base a la experiencia de médicos y cirujanos.

MATERIAL Y METODOS

MATERIAL

Fue objeto de estudio para la realización de la investigación, el grupo de pacientes intervenidos quirúrgicamente en los últimos diez años (1970 a 1979) en el Hospital General "San Juan de Dios" con diagnóstico de "Absceso Apendicular".

METODO

Método Analítico, de carácter retrospectivo.

RECURSOS

Humanos: Médicos: asesor y revisor. Trabajadores del departamento de Registros clínicos. Encargados de las bibliotecas de los Hospitales San Juan de Dios y Roosevelt, y de las bibliotecas: Central de la Universidad de San Carlos y del INCAP.

No humanos: Registros clínicos. Libro de Sala de Operaciones del Hospital General San Juan de Dios.

Utiles de escritorio.

Se efectuó revisión bibliográfica internacional, para hacer un análisis comparativo de la terapéutica empleada.

NOCIONES GENERALES DE LA ENTIDAD EN ESTUDIO

HISTORIA:

Efectuando una revisión en la evolución del tratamiento - del Absceso Apendicular, encontramos que un intento temprano para efectuar drenaje de Abscesos Apendiculares, fue hecho en 1754, y no fue hasta 1867 que el cirujano americano, Willard Parker, reportó el primer caso exitoso, y aconsejó el drenaje quirúrgico para esta condición.

Después del reportaje clásico sobre apendicitis por Fitz en 1886, el concepto para el tratamiento quirúrgico de los abscesos apendiculares, no había sido establecido. Sin embargo la apendicectomía a intervalos, después de un drenaje del Absceso, fue recomendada hasta 1904, cuando J.B. Murphy, MD, avogó remover el apéndice, después de un período de quietud.

Desde ese entonces el tratamiento para Absceso Apendicular habría sido ampliamente aceptado como simple drenaje, seguido de 6 a 8 semanas de apendicectomía electiva; la controversia fue despertada nuevamente con el advenimiento de los antibióticos.

Sin embargo, sólo dos estudios grandes han sido relacionados con los abscesos apendiculares en los últimos 40 años.

ANATOMIA:

APENDICE

Desde el punto de vista embriológico, el apéndice es con-

tinuación del ciego y se origina en su punta inferior. Durante la infancia, el crecimiento más rápido de las porciones anterior y derecha del ciego produce rotación del apéndice hacia atrás y hacia adentro, hasta alcanzar su posición del adulto, unos 2 cms. por debajo de la Válvula Ileocecal.

El apéndice mide unos 10 cms. de longitud en el adulto, aunque no es raro encontrar apéndices de más del doble de largo. La luz estrecha del mismo está cubierta por epitelio del colon. Hay algunos folículos linfoides submucosos en el nacimiento, estos aumentan en número de manera gradual, hasta llegar a unos 200 entre los 12 y 20 años de edad. Despues de los 30 años, hay una disminución súbita a menos de la mitad del número, y, más adelante hasta residuos o falta total de tejido linfoide después de los 60 años.

Las paredes del apéndice son musculares; la capa circular interna es continuación de la misma capa de ciego. La capa longitudinal externa está formada por coalescencia de las tres cintas cólicas en la unión de ciego y apéndice. Así estas cintas o tenias, particularmente la anterior, pueden utilizarse como guías para localizar el apéndice difícil de encontrar.

El mesenterio del apéndice pasa por detrás del ileon terminal para unirse con el mesenterio del intestino delgado. La arteria apendicular corre en el reborde libre del mesoapéndice, y es rama de la arteria ileocólica. En muchos pacientes, además, una rama apendicular accesoria que proviene de la arteria cecal posterior riega la base del apéndice en su unión con el ciego.

La relación de la base apendicular con el ciego es constante pero la punta del primero puede encontrarse en diversas localizaciones. Más a penudo el apéndice se encuentra por detrás de ciego aunque aún en localización intraperitoneal. Esta posi-

ción retrocecal baja se encuentra en 65% de los pacientes, y se debe a que muchos centímetros del ciego suelen quedar en posición intraperitoneal, puesto que la reflexión de peritoneo hacia la pared desde ciego ocurre en sentido opuesto a la unión ileocecal. La segunda posición más común de la punta del apéndice, encontrada en 30% aproximadamente de los pacientes está en el borde de pelvis o dentro de ella. En 5% restante, la punta del apéndice es extraperitoneal, ya sea por detrás de ciego y colon ascendente, o por detrás de ileon distal, a lo largo del borde de recho de colon ascendente.

La mal rotación o descenso defectuoso de ciego se acompaña de localizaciones anormales del apéndice, que pueden encontrarse en cualquier sitio entre fosa ilíaca derecha y región infraesplénica derecha.

ABSCESO APENDICULAR

PATOLOGIA: En la evolución de las Apendicitis Agudas no diagnosticadas ni tratadas rápidamente, el proceso defensivo espontáneo de la serosa peritoneal y del gran epiplón se traduce por una reacción de tipo inflamatorio, con gran exudación fibrinoleucocitaria que provoca la aglutinación de las vísceras vecinas al proceso y el englobamiento por el gran epiplón. Ese conglomerado defensivo constituido por el gran epiplón, los coágulos de fibrina y la aglutinación de las asas intestinales encerrando el proceso apendicular supurado o gangrenoso es lo que constituye y se denomina Plastrón Apendicular.

Toda apendicitis aguda no operada puede, cuando la evolución es favorable, llegar a localizarse. Las defensas naturales del enfermo logran reducir y limitar el proceso a una o varias re-

giones del abdomen y se forman plastrones, plastrones supurados con abscesos, o bien abscesos único o múltiples.

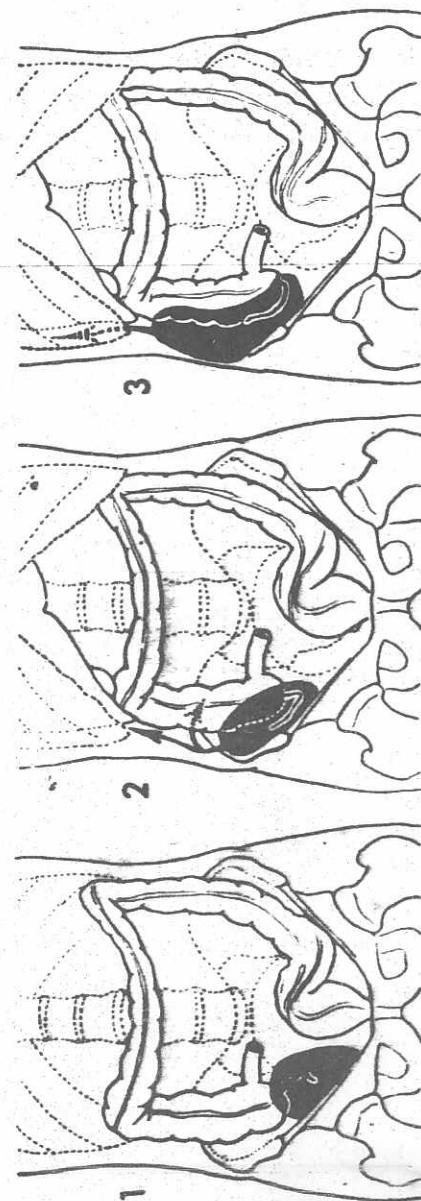
Cuando la reacción fibrinoplástica defensiva reduce y limita la afección, se forma un plastrón cuya evolución estará sujeta a diversas contingencias. Si la sintomatología --general y local-- no cede o lo hace en forma transitoria (para luego reaparecer el dolor, la temperatura y los síntomas toxíinfecciosos: escarofriños, palidez, sudación, taquicardia, etc.), ello indica que se está formando un Absceso Apéndicular. El signo diagnóstico de certeza lo constituye el Tumor palpable, intensamente doloroso, prácticamente sin desplazamiento.

LOCALIZACION DEL ABSCESO APENDICULAR:

La localización del absceso estará supeditada a la situación topográfica del apéndice. Con el objeto de precisar sus localizaciones, remito al lector al examen de las láminas, en las cuales se agrupan los abscesos apéndiculares que se observan con mayor frecuencia.

Lo habitual es encontrarse con apéndices en situación interna, pélvica o ilíaca; de ahí que los abscesos inguinales anteriores, ilioinguinales, mesocelíacos -superior e inferior- y del fondo de saco de Douglas sean los de más frecuente observación.

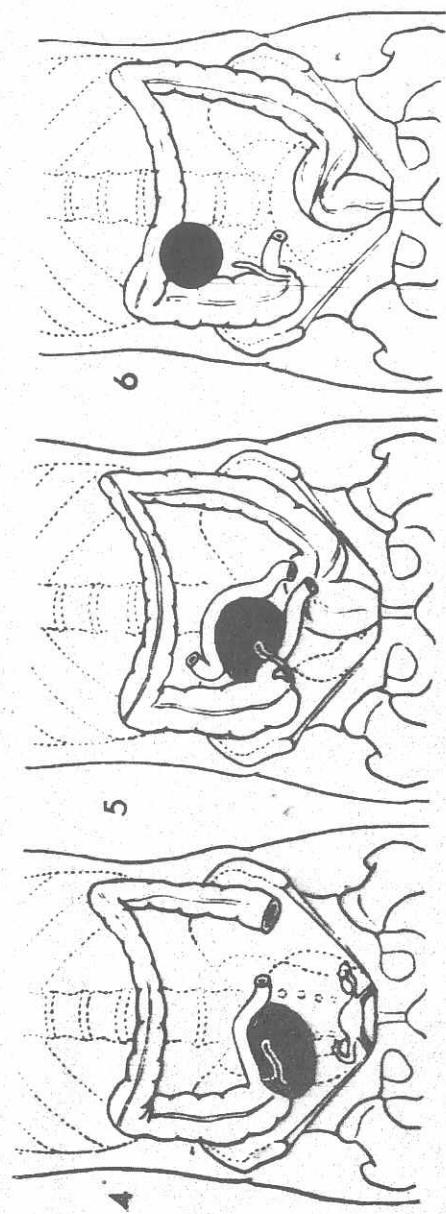
TOPOGRAFIA DE LOS PLASTRONES SUPURADOS CON ABSCESOS Y DE LOS ABSCESOS DE ORIGEN APENDICULAR



Absceso inguinal anterior evolucionando hacia el espacio de Beigts.

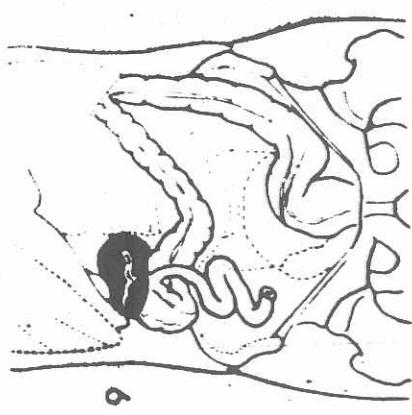
Absceso ilioinguinal anterior puede generar un absceso retrocelíaco a propagarse al espacio subfrénico.

Absceso iliolumbar (retrocelíaco y retrocolonico). Pueden evolucionar hacia el espacio subfrénico.

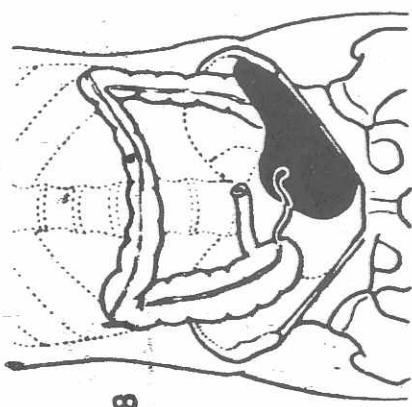


Absceso mesocolico inferior
• Presacra.

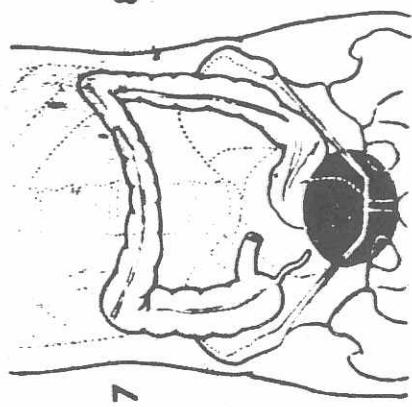
Absceso subcelomico.



Absceso pélvico o del espacio de Douglas.



Absceso ilopélvico izquierdo por propagación directa, por apendicitis o evolución izquierda o en casos de situs inversus.



Absceso hepatocoleático (ciego no descendido, tipo fetal en posición subhepática).

LOCALIZACION DEL ABSCESO APENDICULAR

No. 1. Abscesos Inguinales Anteriores.

Tienden a evolucionar espontáneamente hacia el arco crural y suelen abrirse en el espacio de Bogros y secundariamente en el pliegue inguinocrural.

No. 2. Abscesos Ilioinguinales anteriores:

Evolucionan hacia la fosa ilíaca interna y ascienden hacia la espina ilíaca anterosuperior y cresta ilíaca.

No. 3. Abscesos Iliolumbares:

Son originados por las apendicitis laterocecales externas y retrocecales. Suelen evolucionar al principio en forma insidiosa. Sin embargo, habrá dolor intenso supra-crestíleo y en la escotadura costoiliaca. Evolucionan hacia arriba y pueden llegar a ocupar el espacio subfrénico derecho posterior o el subhepático posterior, o bien, hacia abajo, provocando celulitis lumbares retroperitoneales. Secundariamente pueden perforar la vaina del psoas o seguir a lo largo de sus fibras, propágándose a la región del triángulo de Scarpa por debajo del arco crural. Cuando ha sido invadido el psoas, se tiene la manifestación clínica correspondiente en la actitud característica del miembro inferior, cuyo muslo aparece flexionado sobre la pelvis y en aducción.

No. 5. Abscesos mesoceliacos.

Estos abscesos, sobre todo los superiores (mesentéricos o

interintestinales), se localizan profundamente y dan por vecindad síntomas de ileo paralítico que dificultan su diagnóstico y tratamiento.

No. 4. Abscesos Mesoceliacos inferiores:

Tienden a propagarse hacia la región presacra y al fondo de saco de Douglas.

No. 6. Abscesos Subcolónicos:

Se localizan por debajo del ángulo colónico derecho. - Se originan como consecuencia de apendicitis laterocales internas o como complicaciones postoperatorias.

No. 7. Abscesos del fondo de saco de Douglas

Se diagnostican por el tacto rectal o vaginal. Las apendicitis pelvianas son su causa primaria habitual. Pero es frecuente observarlos como propagación secundaria de un foco a distancia. Generalmente los enfermos acusan signos de cistitis inflamatoria de vecindad, dolor, disuria, polaquiuria; es menos constante la observación de hematurias, aunque no excepcional. El mismo proceso provoca colonorrectitis de vecindad, con tenesmo y expulsión de materias glerosas. El tacto profundo, al ponerse el dedo en contacto con el absceso, provoca, sí, dolor intenso. La mucosa rectal aparece muy edematosa. Cuando el absceso es muy voluminoso se lo puede abarcar con palpación bimanual abdominorectal.

No. 8. Abscesos Iliopelvianos izquierdos:

Se originan primariamente como consecuencia de apendicitis agudas, en apéndices dirigidos a la izquierda - que atraviesan la línea media y toman contacto con su punta con el colon izquierdo, aunque su base está en un ciego normalmente situado. Otras veces podrían originarse como consecuencia de la propagación del proceso peritoneal. Excepcionalmente pueden originarse en un divertículo de Meckel.

No. 9. Abscesos Hepatocolónicos:

Se localizan en posición muy alta y son originados por apendicitis en ciegos no descendidos, tipo fetal en posición subhepática.

TRATAMIENTO

El tratamiento del Absceso Apendicular, es controversial, por ello de la revisión bibliográfica no se puede llegar a establecer una conducta determinada; por lo que se efectúa un enfoque de las diversas formas de tratamiento.

El tratamiento más ampliamente aceptado es el que instituye como terapéutica, un drenaje simple inicialmente, previa antibioticoterapia, seguido de apendicectomía electiva en un intervalo de 6 a 8 semanas posteriormente.

ARGUMENTACIONES PARA LA REALIZACION DEL TRATAMIENTO CONSERVADOR

Teóricamente con intervención operatoria, hay una diseminación de bacterias en la cavidad peritoneal, en todos los casos con tratamiento conservador ocurre menos frecuentemente esta diseminación.

Si un paciente es visto por primera vez, cuando los síntomas están desapareciendo, y se encuentra una masa periappendicular bien localizada en la exploración física, es razonable iniciar el tratamiento con antibióticos por vía general y proseguir con el tratamiento expectante. Pero, en 9 de cada 10 adultos, los síntomas proseguirán o progresarán en vez de mejorar, por lo que en todos los niños y en la mayoría de los adultos, debe efectuarse drenaje del Absceso periappendicular.

Ejecutar la apendicectomía en el momento del drenaje del absceso, tiene menos importancia en los adultos, puesto que, la luz obstruida y estrecha del apéndice del adulto impide el drenaje cecal retrógrado.

Manejo del Paciente con el Método Conservador:

Confinamiento a cama, tratamiento con antibióticos, hidratación parenteral; debe efectuarse drenaje del absceso periappendicular tan pronto como el paciente esté preparado para operarse.

La localización de los abscesos appendiculares, corresponde exactamente a la localización anatómica de la punta del apéndice: aproximadamente las dos terceras partes se encuentran por detrás de ciego, 30% se forman en pelvis y 4% se encuentran en frente o detrás del ileon terminal o en posición extraperitoneal - por detrás de colon ascendente.

La incisión para el drenaje se hace justamente medial a la cresta ilíaca, a nivel de la parte más sobresaliente de la masa periappendicular. Se separan las fibras musculares con la técnica de la parrilla. Se expone el borde lateral del peritoneo, y, abriéndolo en sentido medial, se llega a la masa que rodea el apéndice desde su superficie retroperitoneal lateral. Si se encuentran pus bajo presión, la disección con instrumento romo abrirá el absceso sin traspasar cavidad abdominal. Si el absceso no se rompe de manera espontánea, deberá introducirse con suavidad un dedo en él, rompiendo los tabiques que existan. Se tiene cuidado de no romper las adherencias que han tabicado la superficie medial del absceso.

Dependiendo de la localización, los abscesos deben abordarse quirúrgicamente así: abscesos inguinales anteriores; se deberá abordar practicando una incisión paralela al arco crural, se atraviesan con una tijera romo las capas musculares, siempre edematosas. En ocasiones el pus fluye de inmediato. Otras veces, - hay que llegar al espacio subperitoneal, pero siempre debe dirigirse la tijera hacia la fosa ilíaca interna. Con el dedo se palpa y abre el absceso, lo que da salida a pus achocolatado, mal-

oliente, con detritos en suspensión. Con sumo cuidado debe intentarse localizar el apéndice con el dedo, teniéndose presente que se presentará completamente esfacelado y en ocasiones disgregado en pequeños trozos.

Abscesos ilioinguinales anteriores; con una incisión Mac Burney o de Lécene se los alcanza con toda facilidad. Abscesos mesoceliacos inferiores, la incisión más conveniente es la de Jaguier tipo. Abscesos iliolumbares: se llega muy bien a estos abscesos con la incisión de Lécene o la costoiiliaca de Zavaleta. Abscesos del fondo de saco de Douglas; Se llega muy bien mediante laparotomía mediana infraumbilical o por incisión de Jaguier. Si el absceso aparece secundariamente como complicación posoperatoria, el acceso se hará a través de la pared rectal o por colpotomía posterior. Abscesos iliopelvianos izquierdos; la incisión más conveniente será la laparotomía mediana infraumbilical. Abscesos subcolónicos; el acceso se hará mediante incisión paramediana derecha supraumbilical.

Deberá aplicarse un tubo aspirador de drenaje en la cavidad del absceso, y extraerse a través de una herida por transfixión situada en el flanco. La herida se lava con solución de antibióticos, se cierran las capas musculares, y los tejidos subcutáneos y la incisión cutánea se dejan abiertos. El dren debe dejarse ininterrumpidamente durante 72 horas por lo menos. Si en ese plazo están drenando menos de 100 ml. al díá se hará girar y se extraerá lentamente unos 2.5 a 3 cm. cada díá.

Deberá proseguirse con los antibióticos por vía general durante los primeros cinco díás del post-operatorio por lo menos. Se ejecuta tacto rectal todos los díás para descubrir la aparición del absceso pélvico. La cabecera de la cama se conservará permanentemente entre 15 y 30 grados (posición de Semi Fowler).

Si después de una semana aproximadamente, el paciente está afebril y no tiene signos de complicaciones secundarias al drenaje del absceso apendicular, puede evaluársele egreso hospitalario, con control periódico en consulta externa y programación de readmisión para appendicectomía en un intervalo de 6 a 8 semanas.

Con respecto a la Apendicectomía electiva a intervalos, hay algunos cirujanos que consideran que debe efectuársele a un número reducido de pacientes; entre ellos figuran Barnes y colaboradores y Barlin en base a un estudio en el Hospital General de Massachusetts con 1,317 pacientes con diagnóstico de Appendicitis Aguda de 1937 a 1959. La opinión de un considerable número de cirujanos es la de efectuar la appendicectomía electiva obteniendo mejor evolución los pacientes con esta conducta, según se puede concluir de un estudio con 538 pacientes con appendicitis Aguda en el Royal Hospital, Sheffield, de 1961 a 1970.

El otro método invoca como tratamiento del Absceso Appendicular la operación inmediata. Fields y colaboradores sugieren que todos los casos deben ser tratados operatoriamente.

De las dificultades involucradas en el tratamiento conservador, es, determinar si el absceso está desarrollándose a una peritonitis difusa. El peligro de una peritonitis generalizada, sigue sin ser atendida por un largo período innecesariamente, que es mayor cuando se toma una actitud conservadora.

Shepherd indica que la operación urgente es el tratamiento de elección. Esta conducta fue apoyada con el advenimiento de los antibióticos. Es adoptada para evitar un fallo o perderse la oportunidad de remover una apéndice no rota, ruptura de un absceso no establecido y para disminuir la convalecencia.

En los lactantes deberá hacerse siempre appendicectomía, -

además de drenajes del absceso. La razón consiste en que la forma cónica y la luz amplia del apéndice lactante, fomenta el drenaje continuo de excremento desde ciego a través de la perforación.

Con respecto al tratamiento de los pacientes con este método, se inicia con antibioticoterapia, hidratación parenteral, para abordar el absceso se sigue el mismo procedimiento detallado anteriormente en el otro método; además se limpia y aspira la cavidad del absceso apendicular, se enjuga y lava con eter, se efectúa apendicectomía tratando de extirpar la lesión en bloque; es conveniente espolvorear sulfanilamida recristalizada en el peritoneo (5 g) e inyectar 1 a 2 millones de penicilina y 1 gramo de estreptomicina en los planos superficiales, sobre todo en el tejido celular subcutáneo, se deja drenaje y se continúa con antibioticoterapia por lo menos 7 días.

Estudios internacionales y sus conclusiones, para fundamentar el método a seguir.

En un estudio efectuado en el Hospital de Lovissa, de 3,191 pacientes de 1953 a 1962. De 3,191 pacientes niños (hasta 15 años) con Diagnóstico de Apendicitis aguda, en los cuales 59 casos fueron Abscesos Apendiculares, o sea un 11%, las cuatro quintas partes de los abscesos apendiculares no se habían roto. Llegando a la conclusión que el riesgo de casos de una peritonitis generalizada es pequeño y que los casos tratados conservadamente, necesitan un tiempo más largo de hospitalización. El paciente operado de emergencia tiene una parálisis intestinal más prolongada, una necesidad mayor de líquidos intravenosos y complicaciones en forma de abscesos post-operatorios o ileo mecánico.

En otro estudio reportado de 835 pacientes, con Apendici-

tis Aguda, presentada a la firma quirúrgica de el Royal Hospital, Sheffield, de 1961 a 1970 en donde 37 pacientes presentaron masa apendicular o sea un 7.1% llegaron a las siguientes conclusiones: la estancia hospitalaria para pacientes con tratamiento conservadoramente parece ser casi doble de aquella de pacientes quienes son operados precozmente. El manejo conservador de la masa Apendicular es un Tx. efectivo.

ANALISIS ESTADISTICO

Pacientes operados por Absceso Apendicular

GRUPO ETARIO

Edad	No. de Casos	Porcentaje
0 a 10 años	8	32%
11 a 20 años	5	20%
21 a 30 años	4	16%
31 a 40 años	1	4%
41 a 50 años	6	24%
51 a 60 años	1	4%
61 a 70 años	0	0%
71 a 80 años	0	0%
81 a 90 años	0	0%
91 a 100 años	0	0%
TOTAL	25	100%

INTERPRETACION: El grupo de más incidencia es el comprendido de 0 a 10 años con 8 casos, dando un 32%. El paciente más pequeño fue de tres años y el mayor fue de 65 años.

GRUPO ETNICO

Grupo	No. de Casos	Porcentaje
Ladino	25	100%
Indígena	0	0%
TOTAL	25	100%

INTERPRETACION: Del total del Universo estudiado los 25 casos fueron ladinos lo que representa un 100% ya que no hubo ningún caso de Absceso Apendicular en el grupo indígena.

FRECUENCIA POR SEXO

Sexo	No. de Casos	Porcentaje
Femenino	9	36%
Masculino	16	64%
TOTAL	25	100%

INTERPRETACION: El sexo más frecuente de pacientes diagnosticados de Absceso Apendicular fue el masculino con 16 pacientes lo que representa un 64%.

FRECUENCIA POR PROCEDENCIA

Lugar	No. de Casos	Porcentaje
Ciudad Capital	19	76%
Otros lugares	6	24%
TOTAL	25	100%

INTERPRETACION: La más alta incidencia de pacientes fue de la ciudad capital de Guatemala; con 19 casos con un 76% y de otros lugares fueron 6 pacientes, distribuidos así: de la Aldea el Chato del municipio de Guatemala un caso, de los departamentos de El Progreso tres casos, de Escuintla un caso, de Jutiapa un caso.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL PRE-OPERATORIO

Diagnóstico	No. Casos	Porcentaje
Apendicitis Aguda.	6	24%
Plastrón Apendicular.	4	16%
Plastrón --Apendicitis	2	8%
Apendicular. Aguda		
Absceso --Plastrón	2	8%
Apendicular. Apendicular		
Apendicitis --Infección	2	8%
Aguda. Urinaria.		
Absceso Pared -- Plastrón	1	4%
Abdominal Apendicular		
Absceso --Adenitis	1	4%
Apendicular. Mesentérica.		
Apendicitis --Peritonitis	1	4 %
Ag. Perforada. localizada.		
Dolor Abdominal -- Obstrucción	1	4 %
etología ignora- Intestinal		
da.		
Absceso retroperitoneal -- Peritonitis	1	4 %
Sec. a Apend. Perf.		
Dolor Abdominal de Etiología	1	4 %
a determinar.		
Artritis supurativa cadera Derecha.	1	4 %
Apendicitis Aguda Perforada.	1	4 %
Absceso Apendicular	1	4 %
TOTAL	25	100%

LABORATORIOS RE-CEREALES

CUADRO CLINICO

Cuadro Clínico	No. de Casos	Porcentaje
Dolor	25	100%
Fiebre	23	92%
Masa	12	48%
Vómitos	6	24%

INTERPRETACION: En todos los casos se presentó dolor; con predominancia en el Cuadrante Inferior Derecho 17 casos, con dolor a este nivel pero también en forma generalizada a todo el abdomen en 8 pacientes. En 23 de los casos se registro Fiebre. Se palpó Masa en el Cuadrante inferior derecho en 12 pacientes y 6 pacientes presentaron vómitos.

ANALISIS PRE-OPERATORIOS

LABORATORIOS PRE-OPERATORIOS

Laboratorio	Valores	No. de Casos	Porcentaje
Número leucocitario.	Normales	4	16%
	Elevados	21	84%
	Bajos	0	0%
Velocidad de Sedimentación	Normales	0	0%
	Elevados	25	100%
	Bajos	0	0%

INTERPRETACION: Es alto el porcentaje: 84% de pacientes en quienes el número de Leucocitos fue elevado, tomando como normal el parámetro de 5 a 10 mil por milímetro cúbico. Con respecto a la Velocidad de Sedimentación el 100% de los casos presentaron valores elevados, tomando como parámetro los valores del método de Wertergran.

TRATAMIENTO QUIRURGICO

Intervención Quirúrgica	No. de Casos	Porcentaje
Apendicectomía más Drenaje. (I)	18	72%
Apendicectomía.	6	24%
Drenaje de Absceso.	1	4%
TOTAL	25	100%

INTERPRETACION: Un alto porcentaje del tratamiento quirúrgico lo constituyó Apendicectomía más drenaje efectuándolo en 18 casos lo que es un 72%; en 6 casos se efectuó solamente apendicectomía y únicamente en un caso se efectuó drenaje de Absceso.

(I) **OBSERVACION:** De los 18 pacientes a quienes se les efectuó Apendicectomía más Drenaje, hubo 4 pacientes a quienes se les reintervino quirúrgicamente, dos meses posteriormente, ya que en la primera intervención solamente se les efectuó Drenaje; de estos cuatro un paciente presentó cuadro de dolor abdominal recurrente y otro presentó Absceso recurrente.- A los cuatro se les efectuó Apendicectomía en la segunda operación.

LABORATORIOS TRANS-OPERATORIOS

Clase Lab.	No. Casos	Con Resultado	Sin resultado
Cultivos	20	14	6
GRAM.	7	0	7

INTERPRETACION: En el transcurso de la operación fueron ordenadas del material encontrado en el Absceso, 20 cultivos; de los cuales 14 sí tienen resultados en los registros clínicos y de los otros 6 no aparecen los resultados; además en 7 pacientes fue ordenado el estudio de GRAM pero no aparece ningún resultado.

CULTIVOS DE MATERIAL DE ABSCESOS

Clase	No. de Casos	Porcentaje
Escherichia coli.	8	57.14%
Proteus Vulgaris.	3	21.44%
Estafilococo coagulasa positivo.	1	7.14%
Estafilococo blanco no hemolítico.	1	7.14%
Enterobacter Klebsiela.	1	7.14%
TOTAL	14	100.00%

INTERPRETACION: De los cultivos efectuados, E. Coli fue la entidad patógena de mayor incidencia con 8 casos, lo que representa un 57.14% de los 14 casos en total de quienes sí había resultado del cultivo en sus registros clínicos, también es significativa la frecuencia de Proteus Vulgaris con 3 casos o sea el 21.44% de los pacientes.

TRATAMIENTO MEDICO

Tratamiento	No. de Casos	Porcentaje
Penicilina más Cloranfenicol.	9	36%
Ampicilina.	4	16%
Penicilina más Estreptomicina.	4	16%
Cloranfenicol.	1	4%
Ampicilina más cloranfenicol.	1	4%
Ampicilina más Lincomicina (I)	1	4%
Lincomicina más Gentamicina (II)	1	4%
Clindamicina más Gentamicina.	1	4%
Penicilina más Cloranfenicol más Gentamicina. (II)	1	4%
Ampicilina más Kanamicina.	1	4%
Ampicilina más Gentamicina. (II)	1	4%
Total Antibioticoterapia	25	100%

INTERPRETACION: La asociación Penicilina más Cloranfenicol fue la más frecuente.

La asociación Ampicilina más Lincomicina con el numeral (I) fue empleada al saberse el resultado del cultivo ya que en el postoperatorio inmediato únicamente tenía Ampicilina.

Las asociaciones que aparecen con el numeral (II) fueron empleadas al presentarse infección de Herida Operatoria, ya que tuvo que agregársele al tratamiento post operatorio Gentamicina en los tres casos, arriba apuntados.

EVOLUCION POST-OPERATORIA

Evolución	No. de Casos	Porcentaje
Satisfactoria (Ninguna complicación).	18	72%
Infección de Herida Operatoria.	6	24%
Infección Urinaria.	1	4%

INTERPRETACION: 18 pacientes tuvieron evolución satisfactoria. De los 6 que presentaron infección de la herida a dos de ellos se les ordenó cultivo de la secreción de la herida pero no aparece los resultados en el registro clínico.

TIEMPO DE HOSPITALIZACION

<u>Menor tiempo de hospitalización</u>	<u>10 días</u>
<u>Mayor tiempo de hospitalización</u>	<u>120 días</u>
<u>Promedio de estancia hospitalaria</u>	<u>29 días</u>

INTERPRETACION: El paciente que menos tiempo tardó hospitalizado tuvo evolución satisfactoria y egresó a los 10 días de su ingreso. El que tardó más tiempo fue de 120 días, y fue al único que no se le efectuó Apendicectomía, solamente drenaje del Absceso.

RELACION: EDAD, AGENTE PATOGENO, ANTIBIOTICOTERAPIA Y EVOLUCION DE LOS CASOS CON RESULTADOS DEL CULTIVO DEL ABSCESO APENDICULAR.

EDAD	CULTIVO	ANTIBIOTICOTERAPIA	EVOLUCION
3 años	Estafilococo Coagulasa positivo.	Ampicilina más Gentamicina (I)	Infección de Herida Op.
6 años	Escherichia Coli.	Clindamicina más Gentamicina (I)	Infección de Herida Op.
7 años	Estafilococo Blanco no hemolítico.	Penicilina más Estreptomicina.	Satisfactoria.
8 años	Escherichia coli.	Penicilina más Cloranfenicol.	Satisfactoria.
9 años	Escherichia Coli.	Ampicilina.	Satisfactoria.
9 años	Escherichia Coli.	Ampicilina.	Satisfactoria.
10 años	Escherichia Coli.	Ampicilina.	Infección de Herida Op.
13 años	Escherichia Coli.	Penicilina más Cloranfenicol.	Satisfactoria
13 años	Escherichia Coli.	Lincomicina más Gentamicina (I)	Infección de herida Op.
22 años	Proteus Vulgaris.	Penicilina más estreptomicina	Satisfactoria
23 años	Escherichia Coli.	Penicilina más Cloranfenicol.	Infección Urinaria
24 años	Proteus Vulgaris.	Penicilina más estreptomicina.	Satisfactoria.
65 años	Enterobacter Klebsiela.	Penicilina más Cloranfenicol.	Satisfactoria.

INTERPRETACION: De los 9 pacientes comprendidos entre las edades de 3 a 13 años solamente 2 no registraron como agente patógeno. E. Coli; lo que nos da una idea de la alta incidencia de este agente en abscesos apendiculares a esas edades. El Numeral (I) nos indica que la Gentamicina fue incluida en la terapéutica al presentarse infección de la herida operatoria.

ELACION: TRATAMIENTO QUIRURGICO, EVOLUCION Y
ROMEDIO DE DIAS DE HOSPITALIZACION

APENDICECTOMIA MAS DRENAJE

Evolucion	No. Casos	Porcentaje	Promedio días hospitalización
satisfactoria	13	72.22%	23 días
nfec . Herida Operat.	5	27.77%	41 días

APENDICECTOMIA

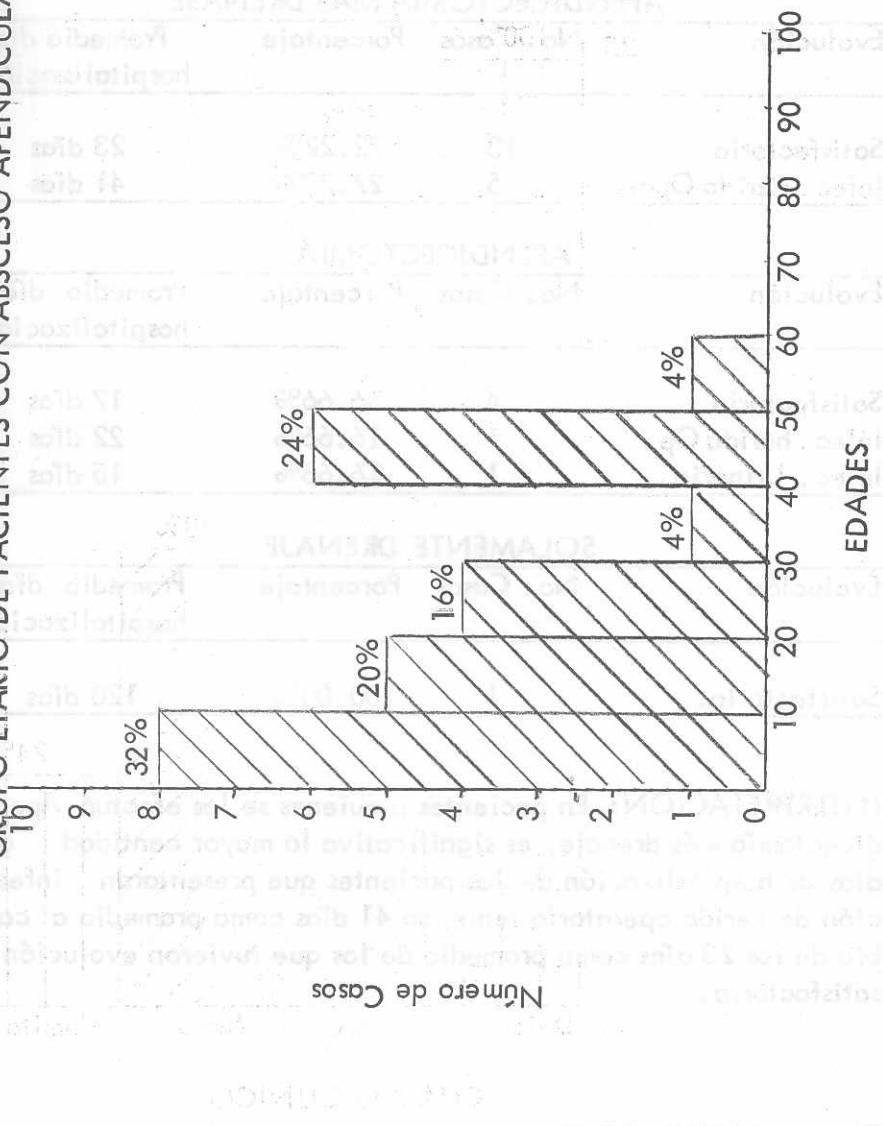
Evolucion	No. Casos	Porcentaje	Promedio días hospitalización
satisfactoria	4	66.66%	17 días
nfec . herida Op.	1	16.66%	22 días
nfec . Urinaria.	1	16.66%	15 días

SOLAMENTE DRENAJE

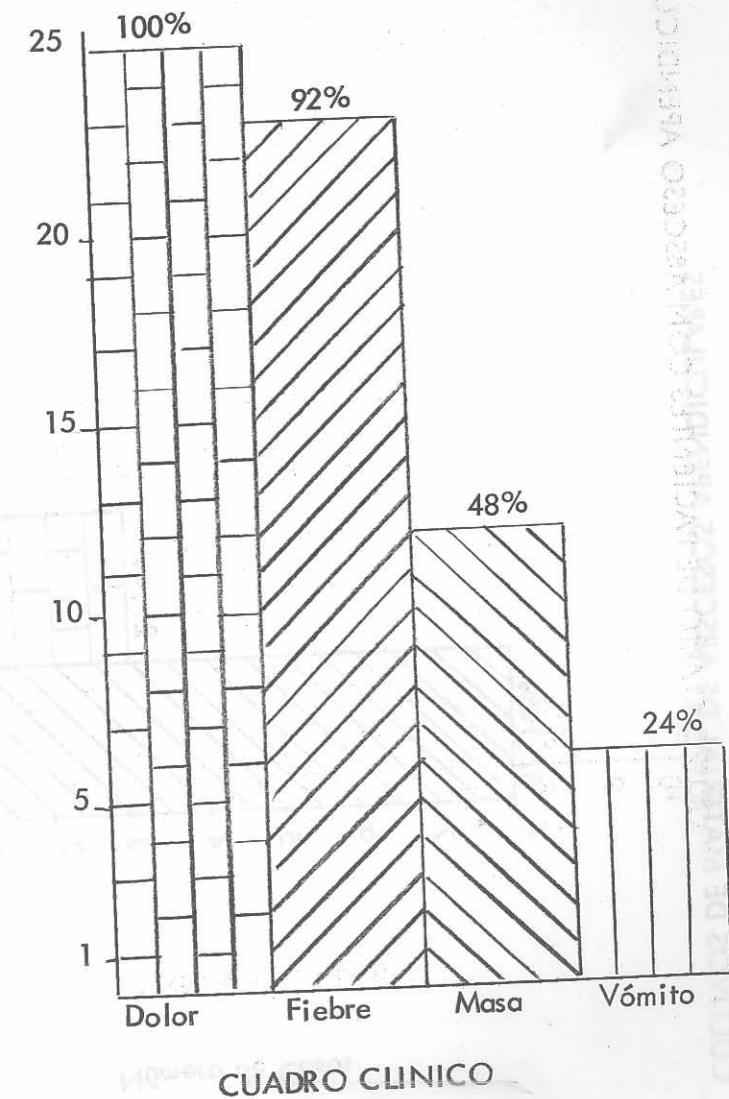
Evolucion	No. Casos	Porcentaje	Promedio días hospitalización
satisfactoria.	1	100.00%	120 días

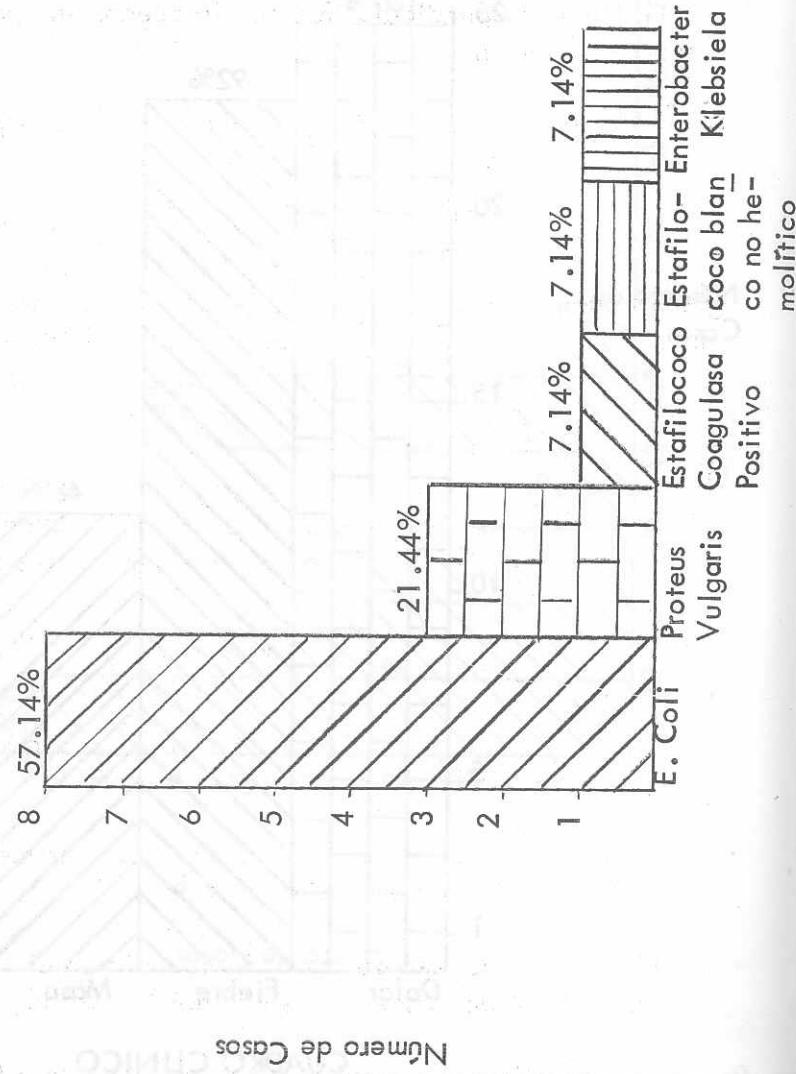
INTERPRETACION: En pacientes a quienes se les efectuó Apendicectomía más drenaje, es significativa la mayor cantidad de días de hospitalización de los pacientes que presentaron infección de herida operatoria teniendo 41 días como promedio a cambio de los 23 días como promedio de los que tuvieron evolución satisfactoria.

GRUPO ETARIO DE PACIENTES CON ABSCESO APENDICULAR



HALLAZGOS CLINICOS MAS FRECUENTES EN PACIENTES CON ABSCESO APENDICULAR





CONCLUSIONES

- 1.- El Absceso Apendicular fue más frecuente en pacientes de sexo Masculino.
- 2.- Todos los pacientes intervenidos por Absceso Apendicular, fueron ladinos .
- 3.- Es difícil efectuar el Diagnóstico de Absceso Apendicular pre operatorio, ya que del total de pacientes estudiados, únicamente a uno se le dio este Diagnóstico pre operatorio; aunque en los diagnósticos diferenciales de otros tres pacientes se pensó en esta entidad clínica pero asociada a otras .
- 4.- Es alto el porcentaje de Cirujanos que como tratamiento quirúrgico efectuaron Apendicectomía más Drenaje, representando un 72% de todos los pacientes intervenidos .
- 5.- El 100% de Cirujanos instauraron antibioticoterapia en todos los pacientes intervenidos .
- 6.- La asociación más frecuente de antibióticos usados fue Penicilina más Cloranfenicol
- 7.- Gentamicina fue el antibiótico más frecuentemente usado en las infecciones de herida operatoria.
- 8.- El agente patógeno de mayor incidencia en el resultado de los cultivos de Absceso Apendicular fue Escherichia Coli.
- 9.- No hay diferencia significativa con respecto a la estancia

hospitalaria en pacientes a quienes únicamente se les efectuó apendicectomía y a los que se les efectuó Apendicectomía más drenaje.

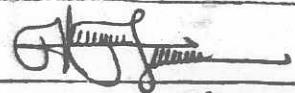
- 10.- En los pacientes en quienes se efectuó Apendicectomía más drenaje, la evolución satisfactoria es más significativa representando un 72.22% y en los que se efectuó solamente Apendicectomía la evolución satisfactoria representó un 66.66%.
- 11.- Fue más frecuente como complicación, la Infección de herida operatoria en pacientes con Apendicectomía más Drenaje, teniendo un 27.77% y más rara en pacientes únicamente con Apendicectomía registrándose un 16.66%.
- 12.- En pacientes a quienes se les efectuó Apendicectomía más Drenaje, es significativa la mayor cantidad de días de hospitalización de los que presentaron infección de la herida operatoria, teniendo 41 días como promedio de estancia hospitalaria, a cambio de los 23 días como promedio de los que tuvieron evolución satisfactoria; lo que viene a determinar lo valioso de una evolución satisfactoria, que redunda primeramente en beneficio del paciente así como también del centro hospitalario.
- 13.- El estudio fue efectuado en base a la revisión de los registros clínicos de los pacientes que únicamente recibieron tratamiento quirúrgico y no tratamiento conservador.
- 14.- Los 25 pacientes con absceso apendicular, representan un 2.73% en relación a un total de 915 pacientes con diagnóstico de Apendicitis Aguda, en ese mismo período de tiempo.

RECOMENDACIONES

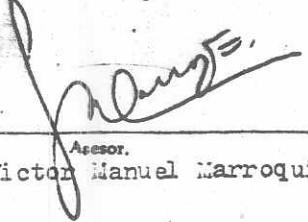
- 1.- Sería interesante efectuar un estudio con respecto a la incidencia de Absceso Apéndicula en la población indígena, ya que en el presente estudio, no se registró ningún caso en pacientes indígenas; pero por la naturaleza del mismo no se profundizó sobre los factores causales de esta situación.
- 2.- Me permito recomendar a todas las personas que tienen la responsabilidad de la evolución post-operatoria de los pacientes intervenidos por Absceso Apéndicula; el obtener o exigir que se obtenga el resultado de cultivos del material del absceso y que se coloquen en el registro clínico. El obtener los resultados redundará en beneficio del paciente y contribuirá a que se puedan efectuar estudios más completos, ya que el presente fueron numerosos los registros clínicos en los cuales no aparecieron los resultados de los cultivos.
- 3.- Se sugiere que a todos los pacientes que presenten infección de la herida operatoria se les efectúe cultivo y sensibilidad antibiótica del material de las heridas, y lo más importante obtener el resultado ya que del estudio, de los 6 pacientes que presentaron esta complicación únicamente a 2 se les ordenó cultivo pero de ninguno se encontró el resultado; este aspecto es de suma importancia ya que al efectuar el promedio de días de hospitalización es significativamente mayor donde hubo infección de la herida Op.

BIBLIOGRAFIA

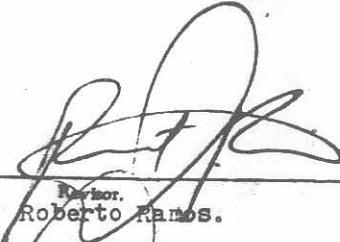
1. Giuliano, Alfredo. CLINICA Y TERAPEUTICA QUIRURGICA. Editorial "El Ateneo", Buenos Aires Argentina, Tercera Edición, Tomo I, 1976, Pág. 58 - 70.
2. Christopher, Davis. TRATADO DE PATOLOGIA QUIRURGICA. Nueva editorial Interamericana, México, Décima Edición, Tomo I, 1976.
3. Bailey, Homilton-Love, Mcneill. COMPENDIO DE CIRUGIA. Primera Edición, Volumen II, 1965.
- 4.- Gastrin, U, et al. APPENDICEAL ABSCESS ACUTE - APPENDECTOMY OR CONSERVATIVE TREATMENT. Acta Chir Scand, 135, 1970, Pág. 539-42.
5. Bradley, Edward. APPENDICEAL ABSCESS REVISITED. Archives of Surgery, Subjet Index to Volumen 13, December 1978, Pág. 130-132.
6. Ochsner. CONSERVATIVE TREATMENT OF APPENDICEAL PERITONITIS. Archives of Surgery, Subjet Index To, Volumen 114, December 1979, Pág. 755.
7. F. R. Thomas, CONSERVATIVE MANAGEMENT OF THE APPENDIX MASS. Surgery, Vol. 73, No. 5, Mayo 1973, Pág. 677-680.
8. Barry MD. MANAGEMENT OF THE APPENDICEAL MASS. Archives of Surgery, Volume 113, Oct. 1978. Pág. 1144-1145.
9. Stewart D.J. PERITONEAL LAVAGE IN APPENDICULAR PERITONITIS" The Cristish Journal of Surgery, Volumen 65 No. 1 December 1978.
10. Janik. PEDIATRIC APPENDICITIS 20 YEAR STUDY OF 1,640 CHILDREN AT COOK COUNTRY (ILLINOIS) HOSPITAL. Archives of Surgery, Volume 114, December 1979.
11. McPherson AJ. Kinmouth J.B. ACUTE APPENDICITIS - AND THE APPENDIX MASS. The British Journal of Surgery, Volume 32, 1945, Pág. 365.
12. APPENDIX ABSCESS. TIME FOR A TRIAL. The Lancet, Volume 2, September 1978, Pág. 618.
13. Barres, B.A. et al. TREATMENT OF APPENDICITIS AT THE MASSACHUSETTS GENERAL HOSPITAL. (1937-1959) J.A.M.A. 180. 122-126. 1962.
14. Howie, J. G. DEATH FROM APPENDICITIS AND APPENDECTOMY; AN EPIDEMIOLOGICAL SURVEY. The Lancet, 2, 1966 Pág. 1334.
15. Ochsner AJ. THE CAUSE OF DIFFUSE PERITONITIS - COMPLICATING APPENDICITIS AND IS PREVENTIOS. JAMA, 26, 1901. Pág. 1747-1754.
16. Mestivier P. THE EVOLUTION OF SURGERY FOR APPENDICITIS. Surgery, 55, 1964. Pág. 741-752.



Br. Herman Manfredo Juárez González.

Dr. 
Asesor.

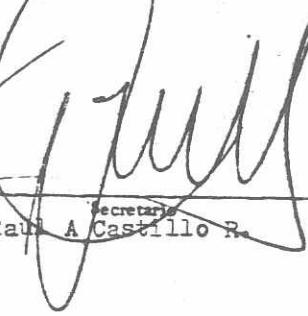
Dr. Víctor Manuel Marroquín.

Dr. 
Revisor.

Dr. Roberto Ramos.

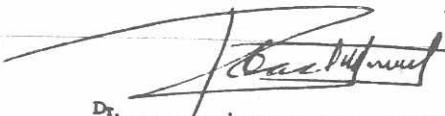
Dr. 
Director de Fase III

Dr. Héctor Alfredo Nuila E.

Dr. 
Secretario

Dr. Raúl A. Castillo R.

Vo. Bo.

Dr. 
Decano.

Dr. Rolando Castillo Montalvo.