

**ESTUDIO ESTADISTICO DE
APENDICECTOMIAS DE EMERGENCIA
EFECTUADAS EN EL HOSPITAL MILITAR
DE GUAYAQUIL-ECUADOR.**

Trabajo inédito expuesto en el VII CONGRESO LATINOAMERICANO DE CIRUGIA y XII CONGRESO NACIONAL DE CIRUGIA FELAC - 87 Quito Nov. 23-27- 1987

**Dr. César Gastón
Cabezas Tamayo***

Hospital de Brigada No. 5

SUMARIO

De Agosto de 1982 a Agosto de 1987, un total de 158 apendicectomías de emergencia fueron efectuadas en el Hospital Militar de Guayaquil.

* Cirujano del Hospital Militar

Profesor Principal Cirugía Escuela Enfermería, Facultad Ciencias Médicas, Universidad de Guayaquil.

En la distribución por edades el rango oscila entre los 4 a los 86 años. Mayor incidencia se observa entre los 11 y los 20 años (38.6%), luego la edad de 21 a 30 años (31.65%). Noventa pacientes (56.96%) proceden de la zona urbana, 68 pacientes (43.03%) proceden de la zona rural.

En 136 apendicitis la obstrucción fue causada por inflamación de los folículos linfáticos (86%), 20 casos con coprolitos (12.65%), dos casos con apéndice normal (1.26%). En 34 casos (21.51%) se halla apéndice perforado con peritonitis, 7 casos (4.43%) se observa plastrón.

En 115 casos (72.78%) se halla apendicitis aguda no perforada.

Los días de estancia varían con rangos de 2 a 19 días. Ciento seis casos (67.08%) se dan de alta entre 1 a 5 días, 40 casos (25.31%) el alta se produce entre 6 a 9 días, 11 casos (6.96%) entre 10 a 14 días estancia, un caso (0.63%) entre 15 a 19 días estancia. Los días de estancia

dan diferencia significativa entre casos no perforados, la ausencia de complicaciones; en relación a casos perforados donde se incrementa días-estancia. En 20 de los 34 casos perforados se deja piel y subcutáneo sin suturar (58.62%). Un caso (2.94%) se reopera por fístula muco-cutánea a los dos meses. En todos los casos perforados se dejan drenes en cavidad por contraabertura, lavado de cavidad con suero fisiológico, muestra de exudados para cultivo y antibiograma. No se observa mortalidad (0%).

El diagnóstico precoz y la cirugía temprana disminuyen la morbilidad y la mortalidad en apendicitis aguda.

PALABRAS CLAVES: APENDICITIS-APENDICECTOMIA-EMERGENCIA-ESTADISTICA.

INTRODUCCION

El apéndice fue descrito por De Carpi de Bolognia en 1521. Doscientos años más tarde, en

1734 Balonius reporta el primer caso de apendicitis en un paciente vivo. La primera apendicectomía fue realizada en Inglaterra en 1736 por Claudius Amyand. El paciente, un muchacho joven con una hernia, se le encontró que tenía, en el escroto, un apéndice; la cual había sido perforada por un alfiler. Fue Lawson-Tait, el cirujano británico, el primero en extirpar un apéndice agudamente afectado con sobrevivencia del paciente. El estudio clásico sobre el apéndice en los Estados Unidos fue leído por Reginald Fitz de Boston ante la Asociación de Médicos Americana. (1). Posteriormente, Oshner con su "Tratamiento expectante" en los casos de plastrón apendicular, obteniendo la réplica de Murphy que denominó a dicho tratamiento "EXPECTANT MORTANS". En 1888 Charles Mc.Burney describe su punto doloroso, en 1894 concibe la incisión de su mismo nombre, pese a que se la atribuyen a L.Mc. Arthur.

MATERIAL Y METODOS

La presente investigación tiene por objetivo poner de relieve al-

gunos parámetros que consideramos importantes, otorga a las apendicitis agudas y las apendicectomías de urgencia características especiales, dignas de tomar en cuenta en la práctica diaria de la cirugía emergente.

Estudiaremos las variables de edad, procedencia, causas desencadenantes de la obstrucción apendicular que desembocaron en apendicitis agudas, porcentajes de perforación apendicular, apendicitis agudas no perforadas, plastrones, 2 casos de diagnóstico erróneo; Estudio de los días-estancia que se hayan en relación directa con casos complicados, o no. Porcentaje de casos en donde se efectúa cierre diferido de la herida quirúrgica, caso de morbilidad tardía, la utilidad del drenaje y del lavado peritoneal, toma de exudados para cultivo y antibiogramas. Porcentaje de mortalidad.

RESULTADOS

Edad.- La distribución por grupos de edad se puede apreciar en la tabla No. 1.

TABLA No. 1

DISTRIBUCION POR GRUPOS DE EDAD DE 158 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS HT-5 GUAYAQUIL 1982-1987

<u>EDAD</u>	<u>FRECUENCIA</u>	<u>PORCENTAJE</u>
0-10	11	6.96
11-20	61	38.60
21-30	50	31.64
31-40	23	14.55
41-50	6	3.79
51-60	3	1.89
61-70	3	1.89
71-80	0	0.00
81-90	1	0.63
TOTAL	158	100.00

El sexo mas afectado es el masculino con 92 casos (58.22%).

La patología apendicular se observa a cualquier edad.

En la tabla 1 se observa que el rango se halla entre los 4 a los 86 años. Se observa en el gru-

po de 10 años un 6.96%. Mayor incidencia entre los 11 y los 20 años (38.60%).

En la tercera década se observa en el 31.64%, para luego disminuir en forma gradual y progresiva.

PROCEDENCIA. - En su mayoría demostró ser urbana (Tabla No. 2). En este estudio se considera población urbana a la que procede de la Capital de Provincia, y como población rural a la restante.

CAUSAS DE OBSTRUCCION DE LA LUZ APENDICULAR

Siendo la apendicitis aguda una de las primeras causas de obstrucción intestinal, se observa como origen de la patogenia las que se observan en la Tabla No. 3

TABLA No. 2

PROCEDENCIA DE 158 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE APENDICITIS

PROCEDENCIA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
URBANA	90	56.96
RURAL	68	43.03
TOTAL	158	100.00

TABLA No. 3

CAUSAS DE OBSTRUCCION DE LA LUZ APENDICULAR EN 158 CASOS DE APENDICITIS AGUDA EN EL HT-5 H.M.G.

CAUSA	FRECUENCIA	%
Inflamación folículos linf.	136	86.03
Coprolitos	20	12.65
Ninguna	2	1.26
TOTAL	158	100.00

PERFORACION.- Durante el quinquenio de Agosto de 1982 a 1987 se operan 158 pacientes con el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el H.M.G. De ellos, 34 casos (21.51%) presentan apéndice perforado con peritonitis, otros 7 casos

(4.43%) fueron plastrones, 115 casos (72.78%) con apendicitis no perforada, en dos casos se halla apéndice normal (1.26%) correspondiendo dichos casos a Litiasis ureteral derecha.

TABLA No. 4

RELACION ENTRE APENDICES PERFORADOS Y NO PERFORADOS

DIAGNOSTICO	FRECUENCIA	%
APENDICE PERFORADO	34	21.51
PLASTRON APENDICULAR	7	4.43
APENDICE NO PERFORADO	115	72.78
APENDICE NORMAL	2	1.26
TOTAL	158	100.00

TABLA No. 5

PROMEDIOS DIAS-ESTANCIA

FRECUENCIA	PROMEDIOS	DIAS-ESTANCIA
106	67.08	1-5
40	25.31	6-9
11	6.96	10-14
1	0.63	15-19
158	100.00	

Los días de estancia tienen un rango de 2 a 19 días, observando que 106 casos (67.08%) se dan de alta entre 1 a 5 días, 40 casos (25.31%) el alta se produce entre 6 a 9 días. Once casos (6.96%) entre 10 a 14 días, y un caso (0.63%) egresa entre 15 a 19 días. Los días-estancia se corresponden con el hallazgo o no de peritonitis generalizada.

Muy importante de este estudio, es que todos los 158 casos fueron diagnosticados y operados entre 6 a 12 horas de su ingreso al Hospital Militar de Guayaquil, incluyendo los casos de áreas rurales-guarniciones- ingresaban con hoja de transferencia en donde se diagnosticaba "Apendicitis Aguda".

En dos casos (1.26%) se encontró el apéndice de características macroscópicas normales, evolucionando en las siguientes 47 horas como Litiasis ureteral derecha, al expulsar los pacientes en forma espontánea los cálculos.

Mortalidad es del 0%.

DISCUSION

Al efectuar el estudio bibliográfico, las estadísticas mundiales coinciden con las de este trabajo, observando que la edad más afectada por la patología apendicular se halla entre los 11 a los 30 años, grupos etarios que suman 111 pacientes (70.24%). En grupos de mayor edad, decrece en forma progresiva, siendo excepcional en la vejez, pese a que estudio del Austro (Cuenca) refiere ascenso en la sexta década de la vida (2).

Gran predominio de la población urbana sobre la rural, siendo estadísticamente significativa, Stoicesco (3) en Rumania halla una Apendicitis por cada 22.000 mil personas en el área rural, siendo en la urbana la relación de 1 a 234. Dicha diferencia se debería al diferente régimen dietético, por cuanto el hombre rural consume más alimentos ricos en residuos, siendo la dieta citadina escasa en dichos elementos. Se establece diferencia significativa entre los casos no perforados de apendicitis aguda que son en número de 115 casos (72.78%)

ante 41 casos perforados, de los cuales 34 pacientes (21.51%) son perforados con peritonitis y 7 casos (4.43%) corresponden a plastrones, estableciendo dichas cifras la importancia del diagnóstico precoz para evitar las graves complicaciones de la perforación apendicular.

El porcentaje de perforación apendicular con peritonitis asciende alrededor de 20% a nivel mundial, por lo que se establece que el tiempo de evolución es un factor decisivo para la perforación, puesto que ésta asciende al 70% si la cirugía se efectúa luego de las primeras veinte y cuatro horas de aparecer los síntomas (4).

En veinte de los casos de apendicitis aguda perforada (58.62%), a los pacientes se les sometió a aspiración nasogástrica, extirpación del órgano, lavado de cavidad con suero fisiológico, cierre secundario de celular y piel en los primeros 5 días (5) luego de la primera cirugía.

Un caso (2.94%) se reopera

por fistula cecal mucocutánea a los 2 meses de 1a. cirugía.

La mortalidad en la presente investigación es del 0%, pese a que tenemos 34 casos (21.51%) de perforados con peritonitis difusa, observando que la bibliografía médica al hablar sobre el tema refiere 5% a 6% de mortalidad en pacientes tratados con cirugía inmediata y señala que la mortalidad asciende al 13% en casos tratados con métodos no operatorios(6).

Nuestra morbilidad es de 52 casos (32.91%) producto de supuraciones triviales de la herida operatoria en casos con apendicitis aguda perforada.

Se observan dos diagnósticos erróneos de apendicitis (1.26%) con diagnóstico anatomopatológico de apéndice normal, siendo en realidad litiasis ureteral. Ante esto se lee en las estadísticas mundiales, Meeroff, citando a Barnes, Weclok y Williams que en una estadística de 7.810 apendicectomías por apendicitis aguda, el 25.3% resultaron apéndices normales, cita además otra estadística de

Harding en que la anatomía patológica demostró que el 36.6% eran apéndices normales. Es posible que esta equivocación en operar apéndice sano tenga como explicación tomar como base diagnóstica el "SINDROME APENDICULAR MINIMO" y diagnosticar casos con "SINTOMATOLOGIA ATIPICA", dejándonos la enseñanza de hacer un buen diagnóstico diferencial(7). "Es más seguro explorar para descubrir la causa de síntomas mínimos, incluso en los pacientes con mal pronóstico, que esperar" (8).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- Modern Technics in Surgery. Abdominal Surgery. Seymour I. Schwartz, M.D. Instalment II,7:1-3, 1980.
- 2.- Rodas et al. Apendicitis: Particularidades en nuestro medio. CIRUGIA VI Congreso S.E.C. Cuenca 1981; 3: 17-20.

- 3.- Stoicesco, cit., por Pi-Figueras J.: Factores Etiopatogénicos p. 15 Apendicitis Agudas, Sec. 1, vol. 1, Barcelona, Salvat Editores S.A., 1941.
- 4.- Hawk, J.C., Becker, W.F.: Lehman Ep.: Acute Appendicitis, Ann. of Surg., 132; 729, 1950.
- 5.- Grosfeld, J.L. and Solit, R.W.: Prevention of wound infection in perforated appendicitis: Experience with delayed primary wound closure. Ann. Sur, 168:891, 1968.
- 6.- Howie, J.G.R.: Death from appendicitis and appendicectomy. Lancet, 2:1334, 1986.
- 7.- Morán Vera. Cirugía de la Apendicitis Aguda y sus complicaciones. CIRUGIA VI CONGRESO S.E.C. Cuenca, 1981; 3:35-41.
- 8.- Kazarian, K.K., Roeder, W.J. and Mesheimer, W.L.: Decreasing mortality and increasing morbidity from acute appendicitis. Amer. J. Surg., 119:681, 1970.