

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS Fundada en 1551

FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE POSTGRADO

**“APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL
DOS DE MAYO. ENERO DEL 2000 – JULIO
DEL 2001”**

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN Para optar el Título de: ESPECIALISTA EN CIRUGÍA GENERAL

AUTOR

ÓSCAR FARFÁN ESPINOSA

LIMA – PERÚ 2002

INTRODUCCIÓN

La apendicitis aguda es la causa más común de abdomen agudo quirúrgico. En 1736 Claudius Amyand realiza la primera apendicetomía, al operar una hernia fistulizada en el escroto, hallando el apéndice perforado. En 1830 Goldbeck la denomina "peritiflitis". En 1886 es descrita e identificada por R. H. Fitz. En 1899 Mc Burney realiza una descripción magistral del cuadro clínico y evolutivo de la apendicitis aguda. Ese mismo año, Senn realiza el diagnóstico correcto de una apendicitis aguda antes de haberse perforado. Luego Murphy amplía su descripción con el llamado "esquema de Murphy", con el cual se logra hacer más fácil el diagnóstico. En el Perú se describe a Larrea como el primer cirujano en realizar una apendicectomía, y en 1902 Lino Alarco realiza las primeras apendicectomías en el Hospital Dos de Mayo.

El riesgo de la población de padecer una apendicitis aguda es de 7 al 12%, siendo más frecuente entre los 10 y los 30 años. Si bien no existe diferencia de presentación entre ambos sexos, es más frecuente en los varones durante la pubertad y la adolescencia. Es una enfermedad de rara presentación en los extremos de la vida.

El apéndice cecal es una estructura tubular hueca de 1 a 25 cm. de longitud y de 0,5 a 1 cm. de diámetro, que se encuentra en la cara posteromedial del ciego, aproximadamente a 2,5 cm. debajo de la válvula ileocecal. Nace de la unión de las tres tenias del colon ascendente, siendo esta la única referencia anatómica constante. Su dirección es muy variable: Paracecal externo o interno, Ileal, Pélvico y Retrocecal.

El cuadro clínico se establece en pocas horas. La secuencia más frecuente de instalación de los síntomas es dolor abdominal, náuseas, vómitos, dolor a la presión en la

fosa iliaca derecha y fiebre.

Durante el curso evolutivo de la apendicitis aguda se pueden reconocer los estadios evolutivos: Congestivo, flemonoso, necrosado, perforado. El ciego y el apéndice ocupan generalmente la fosa iliaca derecha, siendo la implantación del apéndice el correspondiente al punto de Mac Burney, pudiendo esto ser muy variable debido a anomalías del desarrollo embriológico así como de procesos inflamatorios, haciendo que la posición del ciego y del apéndice sean inconstantes dando gran variación del cuadro clínico, sobre todo los casos en los cuales el apéndice se encuentra en posición retrocecal o retroileal en los cuales se da en forma atenuada. Esto nos lleva a afirmar que no existe signo patognomónico de la enfermedad, siendo la agudeza clínica y la experiencia importantes para la definición de los cuadros clínicos y su ulterior tratamiento quirúrgico.

En la práctica quirúrgica, el porcentaje de operaciones donde el apéndice es macroscópico e histológicamente sano, es inversamente proporcional al porcentaje de apendicitis agudas perforadas operadas, siendo la apendicectomía de apéndices sanos el costo a pagar para disminuir la morbi-mortalidad. Un factor importante el retraso en la consulta, con lo cual se incrementa la incidencia de apéndices perforados, siendo que por lo menos el 50% de las perforaciones ocurren antes de que el paciente acuda a un Centro de Salud y que por lo menos un 65% antes de que sea evaluado por un cirujano.

El plastrón apendicular es la aglutinación de asas, epiplón y fibrina alrededor del foco apendicular a modo de barrera durante el proceso evolutivo de la apendicitis aguda en algunos pacientes y en otros hacia la peritonitis localizada o generalizada cuando esta no es tratada a tiempo.

En el tratamiento de la apendicitis aguda se recomienda el uso de incisiones transversas como la de Rockey - Davis o Mac Burney, por ser menos eventrógenas, ser más cosméticas y pueden ser ampliadas hacia la línea media a través del estuche de los rectos en caso fuera necesario.

No es necesario el uso de drenes en los casos no complicados. En los casos de peritonitis localizada o absceso peri apendicular se recomienda el uso de drenajes laminares y en las peritonitis generalizadas es preferible un lavado exhaustivo con abundante solución salina de toda la cavidad, no siendo necesaria la colocación de drenajes.

MATERIALES Y MÉTODOS

Tipo de estudio: Observacional descriptivo.

Población de estudio y muestra: La población a estudiar corresponde a todos los pacientes que fueron operados en emergencia del hospital Dos de Mayo con el diagnóstico de apendicitis aguda desde el 1ro. De enero del 2000 hasta el 31 de Julio del 2001. En este caso la muestra corresponde a la población.

Criterios de inclusión: Todos los pacientes operados con diagnóstico postoperatorio de apendicitis aguda en la emergencia del Hospital Dos de Mayo desde el 1ro. de Enero del 2000 hasta el 31 de Julio del 2001.

Registro de pacientes: Se revisaron las historias clínicas de 1045 pacientes operados por apendicitis aguda y los datos fueron recopilados y resumidos en una ficha elaborada previamente (anexo 1). Los datos considerados fueron: Edad, sexo, tiempo de estancia hospitalaria preoperatorio, estadios de la apendicitis aguda más frecuentes encontrados en el acto operatorio, las incisiones mas usadas en el tratamiento de la apendicitis aguda, localización más frecuente del apéndice cecal, la técnica más frecuente del manejo del muñón, la presencia de peritonitis localizada o generalizada, la existencia de plastrón, tiempo operatorio utilizado, la utilización drenajes, manejo de la herida operatoria, complicaciones postoperatorias, reoperaciones, tipo de anestesia utilizada.

Análisis estadístico: Se revisaron los datos los cuales fueron procesados mediante el programa Epi-Info 6.04, el análisis realizado es porcentual en algunos casos y otros

fueron analizados estadísticamente mediante el test de Fisher con cálculos del valor de $p < 0.005$.

RESULTADOS

Se revisaron 1,045 historias clínicas de pacientes operados en Emergencia desde Enero del 2000 hasta julio del 2001. Se encontró que 732 pacientes (70.05%) fueron de sexo masculino y 313 (29.95%) de sexo femenino. En cuanto a la edad de los pacientes operados se distribuyeron en siete grupos etáreos, encontrándose: de 0 a 9 años 5 pacientes (0.48%), de 10 a 19 años 182 pacientes (17.42%), de 20 a 29 años 430 pacientes (41.15%), de 30 a 39 años 227 pacientes (21.72%), de 40 a 49 años 102 pacientes (9.76%), de 50 a 59 años 57 pacientes (5.45%) y mayores de 60 años 42 pacientes (4.02%).

El tiempo de estancia hospitalaria pre-operatoria promedio, desde su ingreso al hospital hasta el inicio de la cirugía, fue de 11 horas.

Los estadios de la apendicitis aguda más frecuentes encontrados en el acto operatorio fueron: Congestivo en 89 pacientes (8.51%), flemonoso en 445 pacientes (42.58 %), necrosado en 212 pacientes (20.29%) y perforado en 299 pacientes (28.62%).

Las incisiones realizadas fueron: Transversas en 705 pacientes (67.46%), paramediana derecha en 255 pacientes (24.40%) y mediana en 85 pacientes (8.14%).

La localización del apéndice cecal mas frecuentemente encontrada fue: paracecal interno en 411 pacientes (39.33%), retroileal en 22 pacientes (2.10%), pélvica en 222 pacientes (21.24%), retrocecal en 247 pacientes (23.64%), paracecal externo en 91 pacientes (8.71%) y otras posiciones en 52 pacientes (4.98%).

La técnica de manejo del muñón mas utilizada fueron "a muñón libre" 983 pacientes

(94.07%).

En 173 pacientes (16.55%) se encontró peritonitis, siendo localizada en 125 pacientes (11.96%) y generalizada en 48 pacientes (4.59%).

La presencia de plastrón apendicular fue descrita en 69 pacientes (6.57%).

En 350 pacientes (33.49%) se utilizaron drenajes, siendo el drenaje laminar (Penrose) el más utilizado, 342 pacientes (32.72%). En 695 pacientes (66.51%) no se usaron drenajes.

La herida fue dejada sin suturar en 153 pacientes (14.64%).

La anestesia raquídea fue la más utilizada en 655 pacientes (62.68%), la general en 348 pacientes (33.30%) y la epidural en 42 pacientes (4.02%).

Las complicaciones post-operatorias más frecuentes fueron:

Infección de la herida operatoria en 159 pacientes (15.21%), fístulas entero cutáneas en 7 pacientes (0.67%), absceso residual intrabdominal o pélvico en 10 pacientes (0.96%). No hubo mortalidad en los pacientes operados por apendicitis aguda durante este periodo de estudio.

DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La apendicitis aguda es una patología que se presenta en ambos sexos, con predominio en el sexo masculino en el grupo de 10 a 30 años en una proporción de 3:2 para luego hacerse semejante en el resto de edades. En el presente estudio se encontró una predominancia del sexo masculino (70.05%) sobre el sexo femenino (29.95%), siendo esta una mayor incidencia en los varones que la encontrada en la bibliografía. En cuanto las edades de presentación se encontraron predominancia para el grupo de 10 a 29 años, 612 pacientes (58.57%), semejante a la reportada en otros trabajos publicados. En el grupo de 0 a 9 años solo se operaron 5 pacientes(0.48%), ya que la mayoría de los pacientes fueron trasladados a otros hospitales pediátricos. En el grupo de mayores de 60 años se operaron 42 pacientes (4.02%) si bien no es un grupo muy numeroso es un grupo en el cual debe ponerse atención pues la morbimortalidad aumenta debido a una serie de factores propios de la edad. Sabemos que el paciente de edad avanzada, en forma semejante como ocurre en los niños, va acompañada con una mortalidad más alta que en el adulto, debido a que la apendicitis cursa con un número importante de otras patologías derivadas de la edad avanzada, además las manifestaciones clínicas se presentan de menor intensidad que en el adulto, pudiendo el dolor en fosa iliaca derecha ser muy leve inclusive llegar a la perforación o abscesos sin referir cuadro agudo.

El tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria, es decir el tiempo transcurrido entre el ingreso del paciente al servicio de Emergencia hasta el inicio de la cirugía, fue de 11 horas siendo significativamente mayor al encontrado en otros trabajos publicados. En un estudio realizado en el hospital Nacional Hipólito Unanue se encontró un tiempo de 7.45

horas y en otro realizado en el hospital Nacional Arzobispo Loayza fue de 7.55 horas. Este tiempo encontrado sería un factor importante que contribuiría con el aumento del porcentaje de apendicitis agudas complicadas, que sumado al tiempo que el paciente demora en acudir a algún centro hospitalario en busca de atención, explicaría el porcentaje de apendicitis aguda complicada (necrosados y perforados) encontrados en nuestro estudio.

Con relación a los estadios de la apendicitis aguda más frecuentes encontrados en el acto operatorio fueron: Congestivo en 89 pacientes (8.51%), Flemonoso en 445 pacientes (42.58%), Necrosado en 212 pacientes (20.29%) y Perforado en 299 pacientes (28.62%), lo cual nos da que cerca de la mitad de los pacientes operados (48.91%) se encontraba como apendicitis aguda complicada, aquí podemos buscar explicación en este alto porcentaje encontrado en algunos factores como son la demora por parte del paciente en la búsqueda de atención especializada así como la automedicación recibida por el paciente antes de llegar al hospital, también podríamos considerar el tiempo de estancia hospitalaria preoperatorio arriba mencionado, y además el nivel socioeconómico bajo, predominante en los pacientes que se atienden en nuestro hospital, factor que prolongaría aun mas que el paciente reciba el tratamiento quirúrgico definitivo, ya que el paciente debe asumir el costo total de su atención en lo referente a medicamentos y exámenes auxiliares necesarios para esta cirugía.

El ciego y el apéndice cecal ocupan generalmente la fosa iliaca derecha, siendo la implantación de apéndice la correspondiente al punto de Mac Burney, pero esta puede ser sumamente variable debido a anomalías del desarrollo embriológico así como de procesos inflamatorios, haciendo que la posición del apéndice sea inconstante dando gran variación al cuadro clínico, sobre todo en los casos en los cuales el apéndice se encuentra en posición retrocecal o retroileal en los cuales se da en forma atenuada.

Las posiciones del apéndice encontradas durante el acto operatorio mas frecuentemente fueron las posiciones pélvica, paracecal interna y externa con 724 pacientes (69.28 %), llama la atención la presencia de 247 pacientes (23.64%) en los cuales se encontró el apéndice en posición retrocecal. Este podría ser un factor mas que contribuiría en un retraso en el diagnóstico y por tanto en el tratamiento de estos pacientes y ayudaría a explicar el tiempo prolongado de estancia hospitalaria preoperatorio

En cuanto al tratamiento de la apendicitis aguda, las incisiones recomendadas son las transversas como la de Rockey-Davis o Mac Burney, por ser incisiones menos eventrógenas, ser mas cosméticas y además pueden ser ampliadas hacia la línea media a través del estuche de los rectos en caso fuera necesario, reservándose las incisiones medianas para los casos en los cuales hubiera duda diagnóstica o existiese peritonitis generalizada. Las incisiones mas utilizadas en el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda fueron las transversas en 705 pacientes (67.46%), paramediana derecha en 255 pacientes (24.4%) y mediana en 85 pacientes (8.14%). Llama la atención el uso de la incisión paramediana derecha en cerca de la cuarta parte de los pacientes, que si bien ofrece la ventaja relativa de poderse ampliar hacia el pubis o el cuadrante superior si fuera necesario, presenta cicatrizaciones defectuosas y mayor riesgo de eventraciones.

La técnica para el manejo del muñón mas utilizada en el tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda fue “a muñón libre” en 983 pacientes (94.07%), la técnica de invaginación del muñón apendicular o “jareta” en 44 pacientes (4.19%) y otras técnicas en 18 pacientes (1.74%). La técnica para el manejo del muñón mas usada actualmente es la de dejar el muñón libre sin invaginarse, reservándose la invaginación para los casos en los cuales existen dudas sobre la viabilidad de la base apendicular o la pared del ciego y exista riesgo de escape de secreciones intestinales, asimismo se recomienda que cuando se quiera invaginar el muñón apendicular no se ligue o en su defecto se utilize alguna sutura absorbible, ya que el uso de una sutura no reabsorbible podría favorecer la formación de abscesos de la pared del ciego o el desarrollo de mucocelos apendiculares.

En los pacientes operados por apendicitis aguda en la Emergencia del Hospital Dos de Mayo se encontró peritonitis en 173 pacientes (16.55%), de los cuales se reporta que fue localizada en 125 pacientes (11.96%) y generalizada en 48 pacientes (4.49%). En este estudio se encontró que cerca de la mitad de los pacientes se encontraba ya en un estadio complicado al momento de su intervención quirúrgica por el estadio macroscópico encontrado, sin embargo solo se encontró peritonitis local o generalizada en solo el 16% de los pacientes operados. Se encontró además en 96 pacientes (6.57%) la presencia de un plastrón apendicular. Este es la aglutinación de asas, epiplón y fibrina alrededor del foco apendicular a modo de barrera durante el periodo evolutivo de la apendicitis aguda, en cambio en otros pacientes el cuadro progresa hacia la peritonitis ya sea localizada o absceso apendicular, el cual se localizara en diferentes partes del abdomen dependiendo de la posición en la que se encuentre el apéndice, o hacia una peritonitis generalizada la cual deberá ser tratada en forma temprana a fin de obtener mejores resultados y disminuir el numero de complicaciones.

El uso de drenajes es aceptado en el tratamiento de las colecciones localizadas como en las peritonitis localizadas o plastrones apendiculares, no siendo justificable su uso en casos no complicados y se discute su uso en las peritonitis generalizadas en las cuales se recomienda el lavado exhaustivo de toda la cavidad con abundante solución salina, no siendo necesaria la colocación de drenajes. En este estudio se encontró que en 350 pacientes (33.49%) se utilizó algún tipo de drenaje que contrasta con los 173 pacientes en los cuales se encontró peritonitis y más aun con los 125 pacientes que tuvieron peritonitis localizada. El tipo de drenaje mas utilizado en estos casos fue el de tipo laminar (Penrose) en 342 pacientes (97.71%).

En los casos en los cuales se encuentran abscesos o peritonitis o en los cuales existe contaminación de la herida operatoria se recomienda dejar la piel y el tejido celular subcutáneo sin suturar, con el fin de evitar su infección o evitar la formación de colecciones, las cuales guardan relación con el grado de infección encontrado dentro de la cavidad. El hallazgo de un apéndice sano se relaciona con un 0.5% de infección, en los casos en que esta inflamado con un 7.4% de infección y en los casos de perforación o peritonitis en 16% aun 35% de los casos. En nuestro estudio se reporta el haber dejado la herida abierta en 153 pacientes (14.6%).

La anestesia mas usada en los pacientes operados fue la de tipo regional, utilizada en 697 pacientes (66.70%), siendo la raquídea utilizada en 655 pacientes (62.68%) y la epidural en 42 pacientes (4.02%). La anestesia general se uso en 348 pacientes (33.3%)

de los pacientes. Si bien el tipo anestesia se elige según el criterio del anestesiólogo con relación a la evaluación del paciente, llama la atención el uso de anestesia general en hasta una tercera parte de los pacientes operados en la Emergencia del Hospital Dos de Mayo, en contraste con el hallazgo de solo 173 pacientes (16.55%) con peritonitis y mas aun cuando solamente 48 pacientes (4.49%) presentan peritonitis generalizada, lo cual podría contribuir en el tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria prolongada encontrada en este estudio.

Las complicaciones más frecuentes encontradas fueron: la infección de la herida operatoria en 159 pacientes (15.21%), entre los factores que influyeron en este hallazgo podemos mencionar el rasurado de la zona púbica que aun se realiza en algunos pacientes, así como el alto numero de pacientes con apendicitis aguda perforada al momento de ser operados; las fístulas entero cutáneas en 7 pacientes (0.67%), las cuales se deben con mayor frecuencia a filtraciones del muñón apendicular, pudiendo ser también por lesiones de intestino delgado o del ciego producidas por la isquemia o proceso inflamatorio de la zona. Estas fístulas cierran generalmente en forma espontánea, necesitando muy ocasionalmente de una intervención quirúrgica para cerrarlas.

Otra complicación encontrada fue la presencia de abscesos residuales intra abdominales o pélvicos los cuales se presentaron en 10 pacientes (0.96%). Estos abscesos se presentan con mas frecuencia en los pacientes que tuvieron apendicitis aguda perforada y su formación no se vería afectada por el tratamiento antibiótico endovenoso, debiendo ser su tratamiento el drenaje del mismo ya sea por una nueva operación, como en los casos en los que fuera posible por un drenaje percutáneo.

Durante el periodo de estudio que comprende este estudio no hubo mortalidad en los pacientes operados por apendicitis aguda.

CONCLUSIONES

1. La apendicitis aguda fue más frecuente en los hombres (70.05%) que en las mujeres (29.95%).
2. La presentación de la apendicitis aguda fue más frecuente entre los 20 y 29 años (41.15%).
3. El tiempo de estancia hospitalaria preoperatoria promedio fue de 11 horas.
4. El estadio de la apendicitis aguda más frecuentemente encontrado en el acto operatorio fue el flemonoso (42.58%).
5. Los estadios complicados (necrosado y perforado) representan el 48.91% de los pacientes operados.
6. La incisión más usada en el tratamiento de la apendicitis aguda fue la transversa (67.46%). La incisión paramediana derecha se uso en el 24.4% de los pacientes.
7. La localización del apéndice cecal más frecuente fue la paracecal interna (39.33%).
8. La técnica de manejo del muñón más utilizada fue "a muñón libre".
9. Se encontró que el 11.96% de los pacientes tuvo peritonitis localizada y el 4.59% tuvo peritonitis generalizada.
10. La herida fue dejada sin suturar en el 14.64% de los pacientes.
11. La anestesia raquídea y epidural fue la más utilizada (66.7%). La anestesia general fue usada en el 33.3% de los pacientes.

- La infección de la herida operatoria fue la complicación más frecuente (15.2%). 12.
- Se reoperaron 10 pacientes (0.96%),por presentar absceso intraabdominal. 13.
- No hubo mortalidad en los pacientes operados por apendicitis aguda durante el periodo en estudio. 14.

BIBLIOGRAFÍA

1. Bambaren D : Apendicitis aguda. Consideraciones Clínicas, quirúrgicas y anatomopatológicas. Tesis doctoral. U.P.C.H. 1973. 1.
2. Barboza. Principios y terapéutica quirúrgica. 1999:491-492. 2.
3. Barboza E. Apendicitis aguda. Rev. Diagnostico. Vol.2: 28. 3.
4. Barboza E., Arrisueño G., Del Castillo M.: Consideraciones en el tratamiento de la apendicitis. Revista del Cuerpo Medico del H.B.C.H.: 307 1975. 4.
5. Benion R. Antibiotic update for the surgery technology International III. Universal Medical press. Inc.1995. 5.
6. Borda L.: Morbimortalidad por apendicitis aguda. Tesis doctoral. Lima-Perú. U.N.M.S.M. 1990. 6.
7. Buchman G.: Reasons for delay of diagnosis of acute appendicitis. Sur. Gin. Obst. 158:260 1984. 7.
8. Carrillo C.: Estudio Clínico-Leucocitario y resultado anatomopatológico en apendicitis aguda. Tesis U.N.M.S.M. 1956. 8.
9. Cooperman M.: Complicaciones de la apendicectomía. Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica. 1983; 63: 1233-1247. 9.
10. Cope Z. Diagnostico precoz del abdomen agudo. Buenos Aires: Marín. 1949:41. 10.
11. Del Castillo M. Y col. Importancia de la técnica quirúrgica de apendicitis aguda. 11.

Cirujano 1991 1:54-74.

12. Doherty G. et. Al.: Appendicitis: continuing diagnostic challenge. *Emerg. Med. Clin. North Am.* 1989; 7:537. 12.
13. Egoavil R.: La demora en el tratamiento quirúrgico como factor de complicación en pacientes con apendicitis aguda. Tesis doctoral. U.N.M.S.M. 1999. 13.
14. Eldar S. Y col.: Delay of Surgery in acute appendicitis. *Am. J. Surg.* 1977; 173: 194-198. 14.
15. Espinoza R. y col. : Apendicectomía negativa: Experiencia en un hospital universitario. *Revista Medica de Chile* 1988; 126: 75-80. 15.
16. Ferrada R.: Guías para el manejo de urgencias- Apendicitis aguda. Hospital universitario Evaristo García. 1996. 16.
17. Galarza C.: La apendicectomía precoz como tratamiento ideal en la apendicitis aguda. Tesis doctoral 1978. 17.
18. Gilmore O. y col.: Etiology and prevention of wound infection in appendectomy. *Br. J. Surg.* 61:281. 1974. 18.
19. Graffeo C. Y col.: Gastrointestinal emergencies part II: Appendicitis. *Emergency Medicine Clinics of North America*. Vol. 14 N° 4 Nov. 1996. 19.
20. Guss D.: Comparison of men and women presenting with acute appendicitis. *Am. J. Emer. Med.* 2000. 18: 4: 372-376. 20.
21. Hansen J. y col.: Laparoscopy versus open appendectomy prospective randomize trial. *World Surg.* 1992; 79:818-820. 21.
22. Hardin M.: Acute appendicitis: Review and update. *Am. Fam. Phys.* Nov. 1999; 60: 2027-34. 22.
23. Himanshu G. y col. : Avances en imágenes de Abdomen agudo. *Clínicas Quirúrgicas de Norteamérica*. 1977. Ed. Interamericana McGraw-Hill. 23.
24. Klingier A. y col.: Laparoscopy appendectomy does not change the incidence of postoperative infection complications. *Am. J Surg.* 1998; 175:223-235. 24.
25. Larghero P.: diagnostico positivo de la apendicitis aguda: riesgos y errores. Montevideo: Rosgal, 1996. 25.
26. Lemieur TP y col.: Wound management in perforated appendicitis. *Am. Surg.* 1999 May; 65(5): 439-43. 26.
27. Leurs F. y col.: Appendicitis: a critical review of diagnosis and treatment in 1000 cases. *Arch. Surg.* 110:667. 1975. 27.
28. Maingot's: *Abdominal operations*. Appleton & Lange 1977. 28.
29. Mesa G. *Patología quirúrgica. Abdomen agudo*. Montevideo: Liberia Medica, 1990: 1-17(Vol.1). 29.
30. Michans J.: *Patología quirúrgica*. Editorial Liberia Ateneo. 1988 833-841. 30.
31. Nieri V. *Tratamiento quirúrgico de la apendicitis aguda*. Tesis doctoral. U.N.M.S.M. 1999. Lima – Perú. 31.

-
32. Ortiz A. Y col. : Abdomen agudo Seudo apendicular. Rev. Chilena de Cirugía 32.
1989; 41: 239-243.
33. Porro N. Y col. : Apendicitis aguda Estudio estadístico de 400 casos. Rev. Cub. 33.
Cir. 26(2): 205-13 mar.-abr. 1987.
34. Prada C. Y col. : Apendicitis aguda en niños. Centromed; 25(83): 49-55 Enero 34.
1986.
35. Repetto F.: Apendicectomía total. Tesis Doctoral Lima U.N.M.S.M. 1986. 35.
36. Richard W. et. al. A review of appendectomy. Surg. Obst. 1993; 177:473-480. 36.
37. Romero Torres R.: Tratado de Cirugía. Editorial Interamericana. México 2000. 37.
38. Rucinski J. Y col.: Gangrenous and perforated appendicitis. Surgery 2000; 127: 38.
136-141.
39. Ruelas E.: Rol de la posición apendicular en la patogenia de la apendicitis aguda39.
Tesis U.N.M.S.M. 1999.
40. Sabinston: Tratado de patología quirúrgica. ED. Interamericana. México 1894: 40.
877-891.
41. Sabinston DC Jr. The small intestine: Appendicitis. Textbook of Surgery 15 ed. 41.
Philadelphia. 1977.
42. Skeubo-Kristensen E.: The appendiceal mass. Ann. Surg. 146:584. 1982. 42.
43. Schwartz: Principles of surgery. Sixth Ed. 1307-1318. McGraw-Hill Inc. New York43.
1994.
44. Styruud J. y col.: Treatment of perforated appendicitis: An analysis of 362 patients44.
during 8 years. Dig. Surg. 1988; 15(6): 683-6.
45. The Washington Manual of Surgery. Second edition. Lippincott, Williams & 45.
Wilkins. Philadelphia. 1999. 228-235.
46. Tello M. y col. : Apendicetomía laparoscopica versus convencional. Endoscopia 46.
quirúrgica. Vol. 5 N° 4 167-173. Agosto 2001.
47. Roos E., Ruiz E.: La patología del apéndice cecal. Un análisis de 436 47.
especimenes de apendicectomía. GEN 1995; 49(2): 140-4.
48. Vásquez Merayo E., Portero A. Y col. Apendicitis aguda en la infancia: Estudio de 48.
las complicaciones postoperatorias en 410 pacientes operados. Rev. Cuba Cir.;
24(4): 360-7 Jul-Ago 1985.
49. Volker Schumpelick y col.: Surgical anatomy and embryology: Appendix and 49.
cecum. Surgical Clinics of North America. Vol.80 N°1 Feb. 2000 Saunders Co.
50. William G. y col.: A history of appendicitis. Ann. Surg. 1983; 197:5. 50.
51. Yataco R.: Morbilidad y mortalidad en apendicitis aguda. Tesis UPCH 1996. 51.

ANEXOS

**APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE
MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001**

**APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE
MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001**

**APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE
MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001**

APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001

APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001

APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001

APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001

APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001

APENDICITIS AGUDA EN EL HOSPITAL DOS DE MAYO ENERO DEL 2000-JULIO DEL 2001