

CRITERIOS CLÍNICOS Y LABORATORIALES PARA EL DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS AGUDA EN EL COMPLEJO HOSPITALARIO VIEDMA LOS AÑOS 2003 - 2004

* Eduardo Peter Lazcano Costas.

** Roxana Lazcano Negrete.

RESUMEN

Se analizan retrospectivamente 241 historias clínicas en el complejo hospitalario Viedma, con diagnóstico de apendicitis aguda durante un periodo comprendido de enero del 2003 a diciembre del 2004.

Se halló que los síntomas mas frecuentes son el dolor abdominal en todos los casos, refiriendo como cólico-opresivo en el 62% de los casos, nauseas, vómitos y anorexia en 61% de los pacientes; al examen físico, se describieron signos de irritación peritoneal en un 55%, la fiebre y taquicardia en un 46% , signo de psoas en un 44%, de Mc Burney en un 44%, obturador en un 35%, y signo de Rovsing en un 18%. Los exámenes laboratoriales reportaron, leucocitosis a predominio de neutrófilos en un 62%, examen de orina, radiografía , y ecografía de abdomen reportaron resultados que no apoyan de manera significativa al diagnóstico como lo hace el hemograma.

Se concluye que debe sospechar de apendicitis aguda en todo paciente con dolor abdominal cólico - opresivo, con nauseas, vómitos, anorexia, y alzas térmicas, la ausencia de algunos signos semiológicos no descarta la patología. Los diagnósticos diferenciales, según este estudio deben hacerse especialmente con colecistitis, fiebre tifoidea, infección urinaria, amebiasis, y quiste de ovario.

Palabras Claves: Diagnóstico de apendicitis, apendicitis , dolor abdominal.

ABSTRACT

We analyzed 241 clinical histories retrospectively in the Viedma Hospital, with diagnosis of appendicitis sharp during in one period understood among January of the 2003 to December of the 2004.

The more frequent symptoms, was the abdominal pain in all the cases, refered as colic-oppressive in 62% of the cases, nauseate, vomits and anorexia in 61% the patients, to the physical exam, signs of peritoneal irritation was described in 55%, the fever and tachycardia in 46%, sign of psoas in 44%, of Mc Burney in 44%, Choke in 35%, and sign of Rovsing in un18%. The hemogram reported, leucocytes to neutrophiles prevalence in 62%, urine exam, x-rays, and abdomen ecography reported results that they don't support for the diagnosis. We concluded to make the suspicion diagnostic of appendicitis sharp in all patient with pain abdominal colic-oppressive, with nauseates, vomits, anorexia, and thermal rises, the absence of some signs and symptoms, doesn't discard the pathology. The diagnoses differential , according to this study should be made especially with colecistitis, typhoid fever, urinary infection, amebiasis, and ovary cyst.

Key words: Appendicitis diagnosis, appendicitis, abdominal pain.

*Médico General.

**Médico General Hospital General Mizque.



INTRODUCCION

El dolor abdominal es la causa mas frecuente de consulta, en apendicitis aguda, el diagnóstico puede tornarse tan fácil al encontrar signos y síntomas clásicos, o puede, por el contrario ser de difícil identificación ya que existe un sin numero de padecimientos abdominales que pueden desencadenar sintomatología similar^{1,2,3,4}. Se requiere de una adecuada evaluación clínica y laboratorial para el diagnóstico preciso, y decisión terapéutica, el retraso podría tener una evolución desfavorable^{1,2,3,4,6}.

El diagnóstico de apendicitis se basa exclusivamente en la clínica, apoyado con algunos exámenes laboratoriales. Clínicamente se sospecha de apendicitis ante un paciente que refiera dolor abdominal periumbilical que luego se manifieste en fosa iliaca derecha, el cual ocurre en el 55% de los casos, seguido de nauseas, vómitos y anorexia en el 90% de los casos^{1,2}. Para la exploración física se describen, el signo de Rovsing, el de psoas, el obturador, Geneau de Musay, de Blumber y tacto rectal. Otros signos, como alzas térmicas, diarrea, etc., no son tan característicos.^{1,2,6,7} Para apoyar la sospecha diagnóstica, se solicita; hemograma, el cual presenta una leucitosis a predominio de neutrófilos y con desviación a la izquierda en 70-75% de los casos^{1,2,3,4,5,6,7}. El examen de orina se solicita mas que todo para descartar padecimientos de las vías urinarias; en algunos casos de apendicitis puede hallarse algunos leucocitos, y eritrocitos^{2,3,5}. La radiografía simple de abdomen, rara vez muestra datos característicos de apendicitis, sin embargo se debe solicitar este examen para descartar otros padecimientos abdominales, como, perforación de víscera hueca, etc.^{1,2,3,4,5,6,7}. La ecografía abdominal es útil en el diagnostico diferencial^{6,8}. Existen varias patologías con las cuales debería hacerse el diagnóstico diferencial; Linfadenitis mesentérica, gastroenteritis, pielonefritis, salpingitis aguda, ruptura de folículo de Graaf, embarazo ectópico, quiste de ovario, menarca, cólico ureteral, fiebre tifoidea, colecistitis aguda,

úlcera gastroduodenal perforada, diverticulo de Mekel, diverticulitis colónica, neumonía basal derecha.^{1,2,3,4,5,6,7}

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio se realizó siguiendo un protocolo de investigación elaborado según normas de atención vigentes en el Complejo Hospitalario Viedma. Se analizaron 241 historias clínicas, se revisó los datos según variables establecidas en el estudio (la anamnesis, el examen físico, estudios complementarios solicitados, etc.), para posteriormente realizar el análisis de los datos obtenidos. El universo está representado por pacientes, que ingresaron al servicio con el diagnóstico de apendicitis aguda, en un periodo comprendido entre enero de 2003, a diciembre de 2004.

RESULTADOS

Ingresaron al estudio 241 pacientes, con el diagnóstico de apendicitis aguda, en un periodo comprendido entre enero de 2003, a diciembre de 2004, Al sexo masculino correspondió un 55% (132 pacientes), en cambio al sexo femenino correspondió un 45% (109 pacientes).(tabla 1)

TABLA 1
CRITERIOS CLÍNICOS Y LABORATORIALES EN EL
DIAGNÓSTICO DE APENDICITIS
RELACIÓN SEXO SEGÚN LA EDAD

EDAD	MASCULINO	%	FEMENINO	%
16 - 20 AÑOS	30	12%	25	10%
21 - 30 AÑOS	64	27%	49	20%
31 - 40 AÑOS	19	8%	15	6%
41 - 50 AÑOS	10	4%	11	5%
MAS DE 50 AÑOS	9	4%	9	4%
TOTAL	132	55%	109	45%

Fuente; Historias Clínicas - Archivo C.H.V.

Del total de pacientes, los extremos de edad están entre 14 y 65 años, el mayor porcentaje corresponde a pacientes entre 21 a 30 años. (tabla 2).

TABLA 2

CRITERIOS CLINICOS Y LABORATORIALES EN EL DIAGNÓSTICO DE LA APENDICITIS AGUDA DISTRIBUCIÓN POR EDAD

EDAD	Nº DE PACIENTES	%
10- 20 AÑOS	55	23%
21 - 30 AÑOS	113	47%
31 - 40 AÑOS	34	14%
41 - 50 AÑOS	21	9%
MAS DE 50 AÑOS	18	7%
TOTAL	241	100%

Fuente: Historias Clínicas - Archivo C.H.V.

Del total 69 pacientes, que corresponden al 28% acudieron al servicio con premedicación analgésica. El principal síntoma en todos los casos fue dolor abdominal; 149 pacientes que corresponden al 61% describieron náuseas, vómitos, y anorexia; en 16 pacientes (6%) se describió constipación e igualmente; en 16 pacientes (6%) se describió deposiciones líquidas; 139 pacientes (57%) refirieron la presentación típica de dolor abdominal.

En 108 pacientes (48%) la cualidad de dolor fue referida como cólico; opresivo en 57 pacientes (22%), continuo en 16 pacientes (6%), y urente en 11 casos (4%), punzante en 5 pacientes, (2%), 58 casos (22%) no especificaron el tipo de dolor.

Los signos físicos hallados fueron irritación peritoneal en 134 casos (55%), fiebre y taquicardia en 111 pacientes (46%), punto de Mc Burney positivo en 108 pacientes (44%), signo del psoas positivo en 107 pacientes (44%), signo del obturador positivo en 86 pacientes (35%), Signo de Rovsing positivo en 45 pacientes (18%), y lengua saburral en 10 pacientes (4%)

Con relación al hemograma, en 146 pacientes (62%) se reportó leucocitosis a predominio de neutrófilos y desviación a la izquierda. En 73

pacientes (34%) de los casos se hallaban dentro de parámetros normales.

En los exámenes de orina, se reportó; hematuria en 14 casos (13%), leucocituria en 14 casos (13%) y piuria en 7 casos (7%). En 80 pacientes (79 %) no se encontró alteraciones.

Con relación a las radiografías de abdomen, 4 casos describieron niveles hidroaéreos, 12 casos asas dilatadas, y en un caso lordosis.

En 19 pacientes (8%) se hizo ecografía, 7 casos reportaron apendicitis aguda.

DISCUSION Y COMENTARIOS

De todos los pacientes estudiados, la edad de mayor frecuencia es la comprendida entre 21 a 30 años, el sexo no parece ser un factor importante para el diagnóstico de esta patología. Ambos datos concuerdan con la literatura ^{1,2,4,6,8}.

El porcentaje de pacientes premedicados que acuden al servicio, nos hace ver que todavía existen el mal hábito de la automedicación y la adquisición de medicamentos sin prescripción médica, lo que dificulta el diagnóstico en estos pacientes ^{1,2,3,4,6,7,8}.

Analizando la signo-sintomatología, 57% de los pacientes refirieron una presentación típica del dolor, la cualidad del dolor cólico y opresivo es la más frecuente. Estos datos tienen relación con la literatura ².

La presencia de náuseas, vómitos, y anorexia (61%), sufre una disminución con relación a la bibliografía, sin embargo estos son los síntomas más frecuentemente referidos. Entre las maniobras semiológicas, todas las descritas son útiles en la exploración física, La fiebre y taquicardia según algunos autores, no son frecuentes, llama la atención que en el 46% de los pacientes se encontró dichos signos, cabe recalcar que no se debe descartar apendicitis aguda en ausencia de éstos, ya que como también indica la literatura, en



algunos pacientes no están presentes ciertos hallazgos^{1,2,3,4,6,7,8}.

Con relación a los exámenes complementarios, en el 62% de pacientes con hemograma, se mostró características descritas para la patología, el cual muestra cierta disminución porcentual a lo esperado, sin embargo este es el examen laboratorial mas solicitado para la sospecha diagnóstica de esta patología. El parcial de orina en la mayoría de los casos se encontró dentro de parámetros normales, algunos reportes indicaron leucocituria, piuria, y hematuria, coincidiendo con lo descrito en la bibliografía.

Los reportes radiográficos no mostraron características radiológicas de apendicitis, ya que no son muy frecuentes sus hallazgos^{1,2,3,4,6,7,8}. La ecografía abdominal no parece ser de mayor utilidad que el hemograma.

Según los datos obtenidos la mayoría de los resultados guardan relación con la literatura, por lo se recomienda sospechar de apendicitis aguda en pacientes con dolor abdominal, cólico-opresivo, el cual se acompañe de nauseas, vómitos, anorexia, fiebre y taquicardia. Para apoyo diagnóstico, solicitar hemograma es de mucha utilidad, ya que es el laboratorio que tiene mas sensibilidad en esta patología, y los diagnósticos diferenciales, según este estudio, deben hacerse especialmente con colecistitis, fiebre tifoidea, infección urinaria, amebiasis, y quiste de ovario.

BIBLIOGRAFIA

- 1.-Swarts S, Tom G, Spencer F, et al.: "Principios de Cirugía" Editorial Mc Graw Hills Interamericana. México.7ma. Edición.2.000.1475-2486.
- 2.- Sabiston.: "Tratado de Patología Quirúrgica". Editorial Mc Graw Hills. Interamericana, Mexico. 16ta Edición.1053-1062.
- 3.-Maigon H, Harold Ellis, Nathanson K, et at. " Operaciones abdominales", Mc Graw Hills Interamericana. México.Cirugía. 2da edición.2000.107-140.
- 4.- Ministerio de Salud y Previsión Social, Instituto Nacional de Seguros de Salud.: "Normas de Diagnóstico y Tratamiento Médico".Bolivia .2002.512-514.

5.-Texeidor J, Masso J. "Medicina Interna". Editorial "Masson". Madrid-España. 1era Edición. 1997.1123-1325.

6.- Ferramina P. : "Cirugía de Michan" . Editorial El ateneo. España. 4ta Edición. 2001.806-812.

7.-Adama J, Allen R, Connolli E, et al.: " Diagnóstico y Tratamiento Quirúrgico". Editorial El Manual Moderno. México.5ta edición .1990.668-674.

8.- Christmann E, Ottolengí C, Raffo J, at el.: Técnica Quirúrgica" Editorial el Ateneo.Argentina. 1981. 843-853.

9.- Informes de estadística - Complejo hospitalario Viedma.

