

# **APENDICITIS AGUDA.NECESIDAD DE UN DIAGNÓSTICO TEMPRANO**

A. Carbonell-Tatay, V. Casp Vanaclocha, Fco J. Landete Molina, C. Manzanares Ferrer  
Servicio de cirugía general y digestiva. Hospital de Ontinyent ( Valencia )

## **RESUMEN**

La apendicitis aguda es la causa más frecuente de intervención abdominal de urgencia en nuestro Hospital. El diagnóstico en puertas de urgencias es básico, y en casos de duda se puede recurrir a exploraciones complementarias que no son siempre necesarias.

## **INTRODUCCION**

El diagnóstico de la apendicitis aguda tiene gran importancia, ya que las intervenciones de apendicectomía en nuestro servicio suponen más del 65% de todas las intervenciones abdominales de urgencia realizadas en cirugía . Hay que tener en cuenta que el 10% de la población (varía según publicaciones y países) padece un proceso apendicular a lo largo de su vida.

Tratamos pues en este ensayo de resaltar la importancia del diagnóstico en puerta de urgencias, y la intervención quirúrgica inmediata, dadas las consecuencias que tendría su retraso , tanto en morbilidad para el paciente, como en alteración de la programación de quirófanos en un hospital de primer escalón .

## **PACIENTES Y METODOS**

Nos basamos en la experiencia, de los últimos 7 años, por motivos informáticos.

Dejaremos aparte las complicaciones, la profilaxis antibiótica así como la estancia media, centrándonos en la incidencia por grupos de edad, el origen del ingreso (por urgencia y por servicio) y en el nº de apendicitis cuyo diagnóstico de AGUDAS, no corresponde con el resultado anatomopatológico.

Nuestro Hospital cubre una población de 50.000 habitantes

El estudio se realiza con un total de **532** pacientes intervenidos con diagnóstico de apendicitis aguda en los últimos 7 años en el Servicio de Cirugía de este centro. En todos los casos se remitió la pieza a anatomía patológica.

De los 532 casos, 523 ingresaron por puerta de urgencias y 9 lo hicieron a través de otros servicios. Los distribuimos por los siguientes grupos de edad:

Entre 7--- 16 años 162 casos.

Entre 16--- 24 años 155 casos

Entre 24--- 40 años 122 casos

Entre 40--- 65 años 75 casos

Mayores de 65 años 18 casos

En el primer grupo, en las edades comprendidas entre 7 y 16 años los resultados fueron:

- 152 casos confirmados anatomopatológicamente
- 8 casos que correspondían a otros diagnósticos de aparato digestivo según clasificación GRD
- 2 casos con complicaciones. En los dos casos el diagnóstico fue más tardío

En el grupo de edades comprendidas entre 16 y 24 años:

- 149 casos se confirmaron anatomopatológicamente
- 3 casos correspondían a otros diagnósticos
- 3 casos con complicaciones

En el grupo de edades comprendidas entre los 24 y los 40 años:

- 122 casos se confirmaron anatomopatológicamente

- 4 casos con complicaciones.

En el grupo de edades comprendidas entre 40 y 65 años

- 67 casos se confirmaron anatomopatológicamente
- 5 casos con complicaciones
- 1 caso precisó de cirugía mayor sobre intestino delgado y colon
- 2 casos correspondían a otras patologías de aparato digestivo.

En el grupo de edad mayor de 65 años

- 12 se confirmaron anatomopatológicamente
- 6 correspondían a otra patología de aparato digestivo

## CONCLUSIONES

En nuestro servicio, al tratarse de un equipo pequeño, en un hospital pequeño, que no existen todos los medios diagnósticos de urgencia que nos gustaría, **damos suma importancia a la clínica**, anamnesis, y pruebas estándar, pero lo más determinante para todos los miembros del servicio es la **PALPACION ABDOMINAL**. Dadas las características de este centro, reservamos otras pruebas más específicas **solo para los casos dudosos**, ya que existen métodos diagnósticos que solo se pueden utilizar en horario normal de trabajo.

El índice de fallos diagnósticos, entra dentro de los límites normales, como se puede ver en las tablas antes expuestas.

Cabe destacar la gran desproporción de fallos diagnósticos en el último grupo, si se compara con los demás, pues como se ve en las cifras, aunque el nº de intervenciones es muy reducido que corresponden al 3, 2 % del total de apendicectomías realizadas, también la mitad de los 18 diagnósticos no correspondía con el diagnóstico de apendicitis aguda (grupo de mayores de 65 años)

Así pues, destaca la **mayor complejidad diagnóstica** **cuanta mayor edad** tiene el paciente.

La distribución por sexo no es significativa en nuestro centro .

En los grupos de edad temprana al diagnóstico de error más frecuente es la **linfadenitis mesentérica**.

En los casos de duda ante **patologías anxiales**, la **ecografía** abdominal, ha sido determinante.

Consideramos fundamental el que exista una colaboración intensa con los médicos de urgencias hospitalarios, que comprenda la exploración física del paciente, en conjunto ( con el cirujano de guardia) , lo que determinará con el tiempo , un aumento de certeza diagnóstica por parte de los servicios de puertas hospitalarias, así como se evita un retraso en las intervenciones quirúrgicas , que en el caso de las apendicitis agudas deben realizarse con carácter urgente.

## AGRADECIMIENTO

Agradecemos la ayuda de los servicios de Urgencias, Admisión y documentación clínica, Informática y Anatomía Patológica sin los cuales no se hubiera podido realizar este ensayo.

Dr. D. Antonio Carbonell  
Jefe de Cirugía General y Digestiva  
Hospital de Ontinyent ( Valencia)

## BIBLIOGRAFIA

Pieper R., Kager L., Nasman P.: Acute appendicitis: A Clinical study of 1108 cases of emergency appendectomy. Acta Chir. Scand. 1982; 148:51-62.

Influencia de la edad y sexo en el diagnostico de la apendicitis aguda Cir Esp 1998; 63: 123-127)

Utilidad de la ecografía en el diagnóstico de la apendicitis aguda Cir Esp 1998