

PSEUDOAPENDICITIS AGUDA

XI CONGRESO MEDICO CENTROAMERICANO — 1963

Guatemala, C- A.

*Dr. SILVIO R. ZUÑIGA **

*Dr. VIRGILIO BANEGAS M***

Atendiendo la excitativa que nos hizo la "Asociación Quirúrgica de Honduras", hemos elaborado el presente trabajo con el objeto de ser sometido a la consideración del XI Congreso Médico Centroamericano.

La escogencia del tema ha sido **motivada** por el conocimiento de que hay múltiples causas que pueden semejar un cuadro clínico de **Apendicitis** Aguda; creímos apropiado hacer una investigación sobre la frecuencia con que en nuestro medio se comete ese error diagnóstico y adecuado establecer en ese grupo de diagnósticos equivocados la etiología que los motivó. Finalmente, y con vista puesta en el futuro, nos prometimos hacer resaltar los hechos por medio de los cuales se pudo **evitar** en la casuística revisada el error cometido.

M A T E R I A L

Hemos efectuado nuestro trabajo con los protocolos obtenidos en el Hospital General de Tegucigalpa y que fueron elaborados desde 1958 a 1964, es decir, en un lapso de 7 años. De ese período hemos logrado separar 108 casos de Pseudoapendicitis Aguda, incluyendo en ese total: a) A aquellos que fueron ingresados con el diagnóstico de **Apendicitis** Aguda, pero que fue **rectificado** el mismo sin necesidad de intervención quirúrgica; b) A aquellos en que se mantuvo el diagnóstico de hospitalización al ser llevados al quirófano; y c) A aquellos que habiendo sido operados con el antedicho diagnóstico, fueron evacuados del hospital, sin justificación, con el diagnóstico de Apendicitis Aguda.

F R E C U E N C I A

En el lapso en estudio hubo 9.244 admisiones en el Departamento Quirúrgico del Hospital General, lo que transformado en porcentaje da la cifra de 1,16 de Pseudoapendicitis Aguda para ese período. Si comparamos ahora la cantidad de éstas (108) con la cantidad de Apendicitis Agudas comprobadas en ese mismo período (247), veremos que la proporción fue aproximadamente 1:2, es decir, que por cada 3 diagnósticos de Apendicitis Aguda hubo 1 que demostró ser incorrecto.

* Jefe del Departamento de Cirugía del Hospital General «San Felipe». Profesor de la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. ** Cirujano General del Hospital «Centro Médico Hondureño», profesor de Cirugía de la Escuela de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras.

La frecuencia relacionada con el sexo fue de 32 casos para el masculino y 76 para el femenino, lo que demuestra que más de los 2/3 de los casos ocurrieron en el último (70%).

La frecuencia por edad se especifica por décadas en el siguiente cuadro:

1ª década	6 casos
2ª década	40 "
3ª década	40 "
4ª década	13 "
5ª década	6 "
6ª década	1 caso
7ª década	1 "
8ª década	1 "

Demuestra el cuadro anterior que el mayor volumen de errores diagnósticos ocurrió en la 2ª y 3ª- décadas (80 casos), lo que da para ellos sumados un 74% del total.

De los 108 casos en estudio, en 34 oportunidades (31.4%) el diagnóstico de ingreso fue corregido o puesto en eluda por el Cirujano de Emergencia o el Jefe del Servicio y la evolución de la enfermedad justificó la duda inicial, demostrando efectivamente no se trataba de una Apendicitis. En 54 ocasiones (50.0%) se llegó a la intervención quirúrgica con el diagnóstico preoperatorio de Apendicitis Agüela e intraoperatoriamente se descubrió que otra era la causa del cuadro clínico. Finalmente, en 20 casos (18.5%) se efectuó la apendicectomía Creyéndose que efectivamente se trataba de una Apendicitis Águila, pero post-operatoriamente se llegó al conocimiento que su diagnóstico era errado.

C L A S I F I C A C I O N

La literatura extranjera nos informa de múltiples causas de Abdómenes Agudos y de Pseudoabdomenes Agudos en que el apéndice ha sido incriminado injustificadamente como causante de los mismos. En los informes de causas aisladas no hemos podido encontrar ninguno que enfoque el tema de una manera panorámica y, por tanto, no hemos hallado ninguna clasificación del asunto.

Tratando de establecer orden hemos considerado apropiado dividir estas causas en 3 grandes grupos: a) causas que radican en el mismo abdomen; b) causas que están ubicadas fuera de él; y c) causas generales. A estos grupos nos hemos visto obligados a agregar otro cuya etiología se nos escapa.

Tomando por base esta clasificación hemos logrado encasillar los casos en revisión dentro del siguiente cuadro:

I.— CAUSAS ABDOMINALES:

Afecciones Digestivas	38 casos
Afecciones Ginecológicas	35 "
Afecciones Urológicas	6 "
Afecciones Parietales	4 "

II.—*CAUSAS EXTRA-ABDOMINALES:*

Afecciones Pleuro-Pulmonares 3 casos

III.—*CAUSAS GENERALES* 2 „

IV.—*CAUSAS NO DETERMINADAS* 20 „

Del examen del cuadro anterior tenemos que concluir que entre los 4 **grupos** de nuestra clasificación, el que absorbió la mayoría de los errores diagnósticos fue el de causas abdominales, que comprende 83 de los rasos (76.6%). En este grupo, las afecciones **digestivas** y las ginecológicas casi se presentaron con igual frecuencia y, sumadas, representan el 67% del total de causas.

Los informes foráneos (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8) nos hacen saber que existen intoxicaciones exógenas (intoxicación por **metales** pesados, aracnidismo, intoxicaciones por fósforo, arsénico o nicotina) o trastornos **metabólicos** (**acidosis** diabética, porfiria) capaces de **simular** un cuadro de Apendicitis Aguda. Se asevera, asimismo, que algunas enfermedades sanguíneas (drepanocitosis, púrpura **alérgica**) y **otras** afecciones (Enfermedad de Hodgkin, carcinoma cecal, infarto del **mesenterio**, **torsión** del omento mayor, la ileítis segmentaria, la peritonitis por perforación de úlcera duodenal y la fiebre reumática) han logrado aparentar tal cuadro. En nuestra revisión no logramos obtener ninguno de estos ejemplos.

Anteriormente se había elaborado un cuadro con la especificación **del** número de casos por décadas de vida. El siguiente cuadro se confecciona igualmente teniendo por base la edad, pero ya con su distribución por afecciones:

	Digest.	Ginec.	Urol.	Pariet.	Pum.	Gral.	Indet.
1ª década	5	—	—	1	—		
2ª década	16	9	—	2	2		11
3ª década	8	17	3	1	1		
4ª década	5	6	1	—	—		
5ª década	3	3	—	—	—		
6ª década	1	—	—	—	—		
7ª década	—	—	1	—	—		
8ª década	—	—	1	—	—		
	38	33	6	4	3	2	20

Consideramos que no es a esta altura apropiado hacer ningún comentario del cuadro que antecede y nos reservamos para hacerlo cuando creamos **pertinente** ante determinada afección.

Pasaremos a revisar cada uno **de** los **grupos** de las afecciones clasificadas.

AFECCIONES DIGESTÍVAS

Las afecciones **digestivas** que lograron simular **un** cuadro de Apendicitis Aguda estaban comprendidas **en** su mayoría en las 4 primeras décadas de **vida** y, de éstas, la 2ª abarcó la **mayoría** de los casos (42%). Los casos estuvieron repar-

tidos **en** partes iguales en ambos sexos. Sus causas **fueron** múltiples y la especificación de las mismas, acompañada de su frecuencia, se detalla en el siguiente cuadro:

Parasitismo Intestinal	10
Peritonitis Aguda Generalizada	7
Linfadenitis Mesentérica Inespecífica	4
Gastroenteritis Aguda.....	4
Obstrucción Mecánica del Intestino -	4
Linfadenitis Mesentérica Tuberculosa..... -	3
Diverticulitis de Meckel	2
Fecalitos Apendiculares.....	2
Apendicitis Epiploica	1
Absceso Intraperitoneal	1

'Trataremos de analizar cada una de las afecciones anteriores; deteniéndonos más en los grupos más numerosos, que son los más importantes ya que demuestran con ello que frecuentemente pueden simular cuadros apendiculares.

A.—*PARASITISMO INTESTINAL*

Los pacientes eran sujetos jóvenes y el 60% estaba en la 2^a década y el resto de la 3^a. Los agentes parasitarios causantes de la sintomatología pseudoapendicular se detalla en el siguiente cuadro:

Ascárides.....	6 casos
Ascárides y Tricocéfalo ...-.....	1 caso
Ascárides y Balantidium Coli	1 caso
Ascárides, Tricocéfalo y Necator	1 caso
Necator	1 caso

Resalta en el cuadro anterior la presencia casi constante (90%) de la infestación causada por *Ascaris Lumbricoides*.

Entre los datos anamnésticos merece destacarse una historia de **dolores** episódicos crónicos de leve intensidad en el 70% de los casos, la poca frecuencia de vómitos o náusea (40%) o la ocurrencia de vómitos ocasionales postprandiales y 'a negación de paro de evacuaciones intestinales (80%) y, en algunos casos, más bien existencia de evacuaciones diarreicas.

En el examen físico de los pacientes se da como única constatación patológica la comprobación de un dolor a la palpación profunda en fosa ilíaca derecha. El resto de la exploración abdominal fue normal, incluyendo auscultación en los casos en que está consignada. En 8 se comprobó la ausencia de fiebre y en los 2 restantes sí existía, pero de intensidad moderada.

Los medios auxiliares diagnósticas daban los siguientes resultados: a) En 8 casos no se demostró leucocitosis y en 2 sí existía, pero cercana al límite mínimo; b) Igualmente, en 8 casos no hubo neutrofilia y en los que se presentó era muy moderada; c) La radiología sólo se utilizó en 2 casos (placa simple de abdomen) y en ambos se informó distensión gaseosa del íleon terminal por probable íleo dinámico.

En suma, puede inferirse de los datos apuntados, que si bien es cierto que en los casos mencionados había cierta similitud que justificaba considerar en el diagnóstico diferencial la Apendicitis Aguda, el cuadro clínico en la mayoría de ellos se apartaba del patrón clásico lo suficiente para dudar o al menos para poner

en observación la evolución de la enfermedad. Tan es así, que de los 10 casos remitidos al Hospital o ingresados al mismo con ese diagnóstico, en 7 de ellos, **si-guiendo** esa conducta, se logró eliminar el diagnóstico de entrada, que fue substituido por el verdadero; en 3 se llegó a la intervención quirúrgica, que demostró integridad del **apéndice** cecal **por** estudio **macro** y microscópico; la terapéutica antiparasitaria postoperatoria trajo consigo la curación de la dolencia.

K.—PERITONITIS AGUDA GENERALIZADA

Hubo 7 casos en los que el **diagnóstico sindrómico** fue correcto., ya que hubo comprobación en cada uno de ellos de la existencia de una Peritonitis Aguda Generalizada. El error consistió únicamente en incriminar alapéndice cecal como causante de la misma; tal error lo consideramos de menor importancia y creemos que ante un cuadro de Peritonitis Aguda Generalizada no traumática el examen físico es incapaz de determinar la causa, en tanto que la anamnesis y algunas veces ciertos exámenes complementarios, sí pueden orientar al cirujano hacia la etiología.

a) Uno de los casos fue causado por una perforación del intestino delgado ubicada inmediatamente por encima de una estenosis cicatricial ocurrida en un tuberculoso pulmonar con lesiones granulomatosas entéricas secundarias a la anterior; el paciente estaba en tratamiento en el Sanatorio Nacional y daba el antecedente de 10 crisis de **suboclusión** intestinal, lo que debería haber sido motivo para considerar la Tuberculosis Intestinal complicada en el diagnóstico.

b) Otro de los casos fue consecutivo a una perforación de una vesícula biliar calculosa; no había antecedente que sugiriera patología biliar y únicamente la localización inicial del dolor pudo hacer pensar en el probable origen vesicular de la peritonitis.

c) El tercero de los casos, al laparotomizarlo, no demostró foco originario y fue conceptuado como infección primaria del peritoneo.

d) Hubo 4 casos en los que la causa radicaba en una **perforación** del intestino producida por la Fiebre Tifoidea. Todos los pacientes de este grupo ingresaron al Hospital con un cuadro clínico de Abdomen Agudo y se desconocía la existencia de una Fiebre Tifoidea en el inmediato anterior a **su** peritonitis. Dos de ellos dieron una historia febril de 20 a 10 días anteriores a su cuadro agudo, pero en 2 de ellos la enfermedad empezó bruscamente por la sintomatología **peritoneal**, sin ir precedida de fiebre. En todos, la sintomatología dolorosa inicial radicaba en fosa ilíaca derecha, pero luego se hizo general; en la placa simple de abdomen se informó ileo inhibitorio con líquido entre asas y sólo en un caso se informó la presencia de gas libre intraperitoneal; en este último caso se corrigió el diagnóstico preoperatoriamente y se pensó en perforación de víscera hueca, probablemente intestinal y de origen tifoídico. En el acto operatorio se constató en todos los casos una peritonitis aguda general con líquido y fibrina entre asas y en cada uno se halló una perforación en íleon terminal, entre 10 y 30 cm. de la válvula ileocecal.

C—LINFADENITIS MESENTERICA INESPECIFICA

La mitad de los pacientes de este grupo estaban en la 2^a década y la otra mitad en la 3. El sexo se repartió proporcionalmente.

Los datos anamnésticos, los hallazgos exploratorios y radiológicos eran adaptables al cuadro de la Apendicitis Aguda; el conteo de blancos no demostró leucocitosis en 3 oportunidades, pero sí hubo neutrofilia en 2. Todos los casos fueron

intervenidos y el apéndice se encontró normal, pero en la cavidad se aspiró líquido serohemorrágico y la exploración del íleon terminal **demostró** la existencia de **infartación** de los ganglios **mesentéricos** terminales: en todos se hizo apendicectomía profiláctica y **en** 3 oportunidades se tornó biopsia de la linfadenopatía. El informe anatomopatológico de todos ellos fue "Linfadenopatía Mesentérica". Los casos tuvieron una evolución postoperatoria satisfactoria, la sintomatología abdominal desapareció, la fiebre cayó desde el siguiente día postoperatorio y salieron del Hospital libres de molestias: sin embargo, un caso de éstos **tuvo** 2 reingresos posteriores con igual sintomatología, que fueron tratados conservadoramente.

En lo relacionado con el modo de efectuar el diagnóstico diferencial. Lieberman (9) dice que el cuadro "es **el** de una condición general aguda y que su diferenciación con una apendicitis puede ser casi imposible". Parece haber acuerdo en que la afección **ganglionar** suele comenzar cuando el paciente está **convaleciente** de una infección de las vías aéreas superiores, lo que debe recordarse con las reservas necesarias. Según **Davis (10)**, el sitio del dolor es más alto y más medial que en la apendicitis y a menudo se comprueba, como lo pudimos constatar que el caso que tuvo 3 internamientos, una sensibilidad exploratoria oscilante (cuando al paciente se le coloca en decúbito izquierdo, el sitio de máximo dolor se hace hacia la izquierda) acondicionada por la relativa movilidad del mesenterio.

En cuanto a la etiología de las linfadenitis revisadas, **no** nos atrevemos a ponerle nombre, pudiendo ser viral o de otra naturaleza. Queremos dejar constancia, no obstante, que otro **de** los casos reingresó a un Servicio de Medicina 9 meses después de intervenido quirúrgicamente y en este servicio se diagnosticó una Pleuresía Tuberculosa. ¿Tendría el agente de la lesión pleural participación en la lesión ganglionar? De ser esto cierto, ¿se podrá generalizar esta etiología a los demás casos? Estas interrogantes no las podemos contestar por no haberse efectuado los debidos estudios.

D.—*GASTROENTERITIS AGUDA*

Todos los casos tenían una evolución menor de 24 **horas**, 2 **de** ellos presentaban asientos **diarreicos** al ingresar al Hospital y los otros 2 los **desarrollaron** posteriormente. El resto del cuadro asemejaba una Apendicitis Aguda **por** náuseas, vómitos, fiebre y dolor abdominal que tenía la característica diferencial **de ser de** tipo retortijón. Al examen físico **se** constató dolor en losa ilíaca derecha **en** la **palpación** profunda, timpanismo, distensión abdominal y, contrario a lo acostumbrado en los íleos inhibitorios, hipociperistaltismo **intestinal**. Desde el punto de vista laboratorial, en todos los casos se halló marcada leucocitosis, con franca **neutrofilia** y radiológicamente se informó la presencia de asas delgadas distendidas por gases y líquidos.

Los diagnósticos de entrada fueron corregidos, bien inmediatamente después de presentados al Cirujano de Emergencia o bien después de un período de **observación**. **Al siguiente** día de iniciado el **tratamiento** correspondiente la sintomatología amainó y al 3^o estaban **asintomáticos**; en uno de ellos persistió ligero dolor **en** losa ilíaca derecha con leucocitosis y neutrofilia. **por lo** que se creyó **que**, además de la gastroenteritis, existía una infección **apendicular**; **fue** operado, encontrándose un apéndice **macro** y microscópicamente normal.

Queremos recalcar los datos que valieron para efectuar la diferenciación: asientos diarreicos, dolor tipo cólico e hiperperistaltismo intestinal.

E.—*OBSTRUCCIÓN MECÁNICA DEL INTESTINO*

Hubo 4 ejemplos de obstrucción mecánica del intestino, una de tipo simple y 3 de tipo estrangulante.

La primera fue acondicionada, por un nudo de ascárides en íleon terminal: se trataba de un niño de 5 años, con historia de diarrea que 8 días antes de su ingreso acusaba dolor abdominal generalizado, pero con punto de partida en fosa ilíaca derecha; completaban estos síntomas la presencia de vómitos, paro de evacuaciones intestinales y Fiebre. A la exploración se comprobó moderada resistencia, dolor en McBurney, empastamiento y macidez en esa zona. Hubo franca leucocitosis y neutrofilia. No se consignan los datos auscultatorios ni se tomó placa simple de abdomen, que probablemente hubieran ayudado a hacer un buen diagnóstico.

Una de las obstrucciones de tipo estrangulante fue una invaginación cecocolica que acusaba dolor intenso y permanente en fosa ilíaca derecha, de 8 días de duración, que se exacerbaba con la deambulación y se acompañaba de vómitos, paro de evacuaciones intestinales y fiebre. Abdominalmente se comprobó moderada resistencia, dolor a la palpación profunda, con empastamiento y macidez en fosa ilíaca derecha. Laboratorialmente se constató leucocitosis y neutrofilia. Tampoco en esta ocasión se tomó placa simple de abdomen ni se consigna el resultado de la auscultación abdominal. El acto operatorio reveló una invaginación cecocolica cuya cabeza llegaba al inicio de cólon transversal; una vez desinvaginada se encontró una neoplasia cecal que fue informada como "tumor inclasificado polipode y necrosado del ciego".

La otra representante de obstrucción estrangulante fue un vólvulo de íleon terminal y se presentó en dos niños de 2 años de edad. El comienzo fue súbito, con sintomatología inicial de un síndrome de obstrucción mecánica, pero que al momento del ingreso la signología inclinaba más hacia un proceso peritonítico (distensión, resistencia, dolor a la palpación superficial, timpanismo y silencio abdominal). En uno había franca leucocitosis y en ambos los neutrofilos sobrepasaban la cifra normal; la radiología informó íleos inhibitorios generalizados, con líquido entre asas. Ambos fueron intervenidos quirúrgicamente, constatándose vólvulos del íleon terminal con paredes gangrenadas; en uno de ellos se creyó que el causante del vólvulo había sido un nudo de ascárides.

F.—*LINFADENITIS AI ES ENTÉRICA TUBERCULOSA*

La evolución de la enfermedad era crónica, con períodos de agudización y el inicio de las molestias databan de 2, 4 y 12 meses; el ataque más agudo había sido el último (de 1 mes a 8 días de duración), teniendo como síntomas fiebre continua o alterna, de ocurrencia nocturna, precedida de escalofríos y terminada con sudoración* el dolor era de tipo continuo, con exacerbaciones, localizado en hipogastrio y fosa ilíaca derecha; únicamente en un caso hubo náusea y vómito; en ninguno se acusó paro de evacuaciones intestinales y más bien en dos de los casos había diarrea acuosa, amarillenta y fétida. En todos el examen demostró la presencia de fiebre, con abdomen doloroso a la palpación superficial y resistencia en fosa ilíaca derecha; en un caso se halló rebote peritoneal y en otro la presencia de una tumoración dolorosa del tamaño de una naranja en fosa ilíaca derecha. Hubo leucocitosis en 2 casos, con neutrofilia en una oportunidad y con linfocitosis en otra. La placa simple del abdomen informó la existencia de íleo de naturaleza inhibitoria. Los 3 casos fueron operados, bien como urgencia o bien como operación selectiva, con los diagnósticos de Apendicitis Aguda o Absceso Apendicular. Los hallazgos operatorios fueron linfadenitis mesentérica caseificada; en una ocasión drenada

hacia cavidad **peritoneal**, donde producía reacción ascítica; en otro de los casos se comprobó un granuloma cecocólico. Todos demostraron ser de origen tuberculoso; uno era secundario a una **localización** pulmonar y los otros dos fueron conceptuados como Tuberculosis Abdominal Primaria.

G.—OTRAS AFECCIONES DIGESTIVAS

Hubo dos ejemplos de Diverticulitis de **Meckel** que únicamente por ocurrir en niños de 3 a 6 años **podría** haber puesto **sobreaviso** en la posible ubicación diverticular de la infección; por lo demás, no encontramos ningún dato anamnésico, **■**exploratorio, laboratorial o radiológico de rutina que pudiera haber hecho el diagnóstico diferencial.

Otro tanto creemos que debemos pensar **de un** Absceso Intraperitoneal secundario a un Absceso Pelvi-rectal Superior, parcialmente drenado a peritoneo y que fue enclaustrado entre ciego, vejiga urinaria, lado derecho del recto y asas delgadas con epiplón.

El último agente causal de Pseudoapendicitis Aguda de origen digestivo estuvo constituido por 2 casos de **Fecalitos** Apendiculares: pudo haber servido de guía hacia un diagnóstico correcto el conjunto de datos consignados en los protocolos: dolor tipo cólico en fosa iliaca derecha, sin paro de evacuaciones intestinales y sin fiebre, historia de haber padecido anteriormente de sintomatología semejante, dolor muy moderado a la palpación profunda, ausencia de leucocitosis o neutrofilia y negatividad de la radiografía simple del abdomen.

AFECCIONES GINECOLÓGICAS

Las afecciones ginecológicas representan el 32.4% de los casos y, de acuerdo con el cuadro general de frecuencia por edades, más de la mitad **de** ellos se presentaron en la 3* década de vida. Cabe hacer mención del hecho que todas las pacientes estaban en el período de actividad menstrual.

Las afecciones ginecológicas simuladoras de Apendicitis Aguda fueron, en orden decreciente, las siguientes:

Salpingitis Agudas.....	21 casos
Salpingitis Crónicas.....	3 casos
Quiste hemorrágico cuerpo lúteo -.....	2 casos
Rotura Folículo de Graaf.....	2 casos
Embarazo tubárico roto.....	2 casos
Hidátide de Morgagni necrotizado.....	f caso
Quiste Ovárico Retorcido.....	1 caso
Quiste de Ovario Derecho.....	1 caso
Embarazo Normal.....	1 caso
Fibroma Uterino.....	1 caso

La revisión de los casos anteriores nos demuestra que la causa que motivó su ingreso fue el dolor que había tenido una evolución entre 12 horas como mínimo a 6 meses como máximo; en este último caso no se especificó en el protocolo cuándo se habían agudizado los síntomas. El dolor, como antes se dijo, fue **el** síntoma dominante y las pacientes siempre lo refirieron a fosa iliaca derecha,

con variaciones de dolor punzante, sordo, cólico o puñalada y con frecuente irradiación hacia extremidad inferior derecha y **epigastrio**. En 24 de los casos hubo vómitos acompañados de náuseas.

El examen físico reveló en el 100% de los casos dolor en cuadrante inferior derecho, en fosa iliaca derecha, en zona apendicular o punto de **McBurney**. Se comprobó, asimismo, resistencia muscular variable con signo de rebote **positivo** en 16 casos. El examen ginecológico mostró dolor en fondos de saco derecho y **posterior** en 30 oportunidades.

En casi la mitad de los casos se **tomo** placa simple de abdomen y en 12 de éstos se informó íleo inhibitorio con presencia de líquido extraintestinal ocasional. En 26 casos el conteo de leucocitos fue mayor de 10.000 mm³ siendo la cifra más alta la de 21.400 mm. En 26 casos, asimismo, los neutrofilos se presentaron por encima del 70% y el más alto porcentaje registrado fue de 95.

En 15 casos de Salpingitis Aguda el diagnóstico fue corregido sin someter a los pacientes a una intervención quirúrgica mediante observación, reposo, antibioticoterapia y reexamen. En los 20 restantes casos de este grupo de afecciones ginecológicas la corrección diagnóstica se obtuvo por medio de laparotomías exploratorias. En los casos de salpingitis agudas intervenidas ésta era unilateral derecha en 3 casos, bilateral en 4 e izquierda en 1.

Nos detendremos un poco en el diagnóstico de las salpingitis agudas, ya que en nuestra serie es la afección que por sí sola se prestó a mayor número de Confusiones. Aunque las sintomatologías dadas por ambas entidades pueden ser similares, creemos que no se valoraron correctamente las historias de las pacientes. En muchos casos la evolución de la enfermedad era de 3 ó más días, debiéndose esperar que en las apendicitis agudas con tales evoluciones la afectación del estado general debió ser grave; en estas salpingitis, a pesar de cuadros febriles de 39 a 40^a, el estado general no se consignó **que** estuviera afectado. Un signo que creemos que se valoró equivocadamente fue el dolor con empastamiento del fondo cíe saco derecho comprobado durante el examen ginecológico; este hallazgo no es signo de apendicitis ya que sólo en los casos de situación pélvica del apéndice cecal inflamado puede dar lugar a manifestaciones de esta clase. Creemos que estas consideraciones influyeron en las Médicos tratantes a quienes se les presentaron 21 casos de Salpingitis Agudas como Apendicitis y, valiéndose *de* ellas, desecharon desde un principio el diagnóstico de ingreso o se creó la duda, inclinándose hacia una actitud de observación. Fue tan adecuada esta conducta, que por medio de ella el 71% de las salpingitis fueron desenmascaradas incruentamente.

Creemos eme en los casos de hemorragias procedentes de cuerpos lúteos y de Folículos de Graaf no se le dio la debida importancia al momento de ciclo menstrual en que comenzó la sintomatología.

En los casos de embarazos tubáricos rotos el diagnóstico se prestó a confusión porque no hubo inundación peritoneal, ya que la hemorragia no fue cuantiosa, dando tiempo a que se convirtieran en hematoceles, que fueron interpretados como debidos a una apendicitis aguda.

De excepcionales conceptuamos los errores cometidos con los procesos crónicos (piosalpinx y quiste ovárico derecho). Más notorio fue el caso en que el diagnóstico final fue el embarazo normal de 12 semanas en **que** la paciente acusaba dolores punzantes en cuadrante inferior derecho; náuseas, vómitos y falta de fiebre, leucocitosis y neutrofilia. Otro tanto pensamos del caso del fibromioma subseroso del borde derecho del útero. En los dos últimos casos el examen del apéndice extirpado fue informado como normal.

Consideramos interesante resumir el informe suministrado por Girardet y Col. (10), originado por 30 diagnósticos preoperatorios erróneos (27 de apendicitis aguda, 2 de colecistitis aguda y 1 de obstrucción del delgado) en que la laparotomía **reveló** salpingitis aguda bilateral en 25 y unilateral derecha en 5. Para evaluar los datos clínicos entre apendicitis y anexitis agudas, compararon los 30 casos erróneamente diagnosticados con 60 apendicitis agudas (30 ilíacas y 30 retrocecales). Sus conclusiones fueron las siguientes:

SÍNTOMAS: a) Los vómitos fueron menos prominentes en las anexitis; b) Tanto su iniciación en el epigastrio como su ubicación posterior en fosa ilíaca derecha se presentaron casi con igual frecuencia en los 3 grupos; c) La leucorrea fue notada en algunas anexitis y nunca en las apendicitis; d) La fiebre con escalofríos fue queja común en las anexitis; y e) Los síntomas comenzaron con el inicio del ciclo menstrual en muchas anexitis y no hubo relación con él en las apendicitis.

SIGNOS: a) La fiebre fue más acentuada en las anexitis; b) La defensa fue más común en las apendicitis; c) El rebote fue positivo en todos, menos frecuente en las apendicitis retrocecales; d) Los ruidos intestinales se constataron hipoactivos en los 3 grupos; e) El tacto rectal fue doloroso en el lado derecho en la mayoría de los casos; y f) Al examen vaginal comprobaron dolor en los **fondos** de saco derecho e izquierdo, con movilización dolorosa del cuello en proporciones iguales en los 3 grupos. Según los autores, este último hallazgo fue inesperado, ya que los clínicos lo han considerado como conclusivo de enfermedad inflamatoria anexial.

AFECCIONES UROLÓGICAS

Las afecciones urológicas, como mimetizadoras de Apendicitis Agudas, representan un 5.5%; hubo ligero predominio del sexo masculino (4 de 6) y los casos que ocurrieron en el sexo femenino eran mujeres jóvenes (principios de la 3^a década). Este grupo de afecciones es el que aportó sujetos de mayor edad (7^a y 8^a décadas) entre las causas de Pseudoapendicitis.

Las afecciones urológicas causantes de los errores diagnósticos fueron 3 casos de Pielitis Aguda y uno de cada uno de los siguientes: Cólico Nefrítico Derecho, Retención Aguda de Orina y Perforación Vesical.

En los casos de Pielitis y en el Cólico Nefrítico Derecho no se llegó a la laparotomía para corregir el diagnóstico de internamiento: las sintomatologías aparentaban ser Apendicitis Agudas, pero sin lograrlo hacer a la perfección, por lo que se consideró apropiado mantener los pacientes en observación y **ésta**, unida a los aportes de los exámenes complementarios, vinieron a cambiar el diagnóstico inicial. Las pielitis ocurrieron 2 veces en mujeres que estaban en la primera mitad del embarazo. Todos los casos respondieron pronta y adecuadamente al tratamiento instituido. Como ayuda diagnóstica podríamos agregar en el caso del cólico nefrítico que la intensidad, el carácter cólico y la irradiación del dolor suelen ser característicos: cabría recordar aquí que quien exhibe un dolor muy intenso y "que exige calmantes para el mismo, es muy poco probable que adolezca de una apendicitis". (11)

La perforación vesical ocurrió en un paciente con hipertrofia prostática grado III, a quien se le dejó sonda vesical permanente desde su ingreso al Hospital, efectuando 10 días antes de la iniciación de su sintomatología abdominal. Creemos que en este caso la sintomatología, los hallazgos exploratorios, los exámenes laboratoriales y radiológicos se aunaron para equivocar al Urólogo y a 2 Cirujanos Generales. De haberse sospechado la perforación vesical, un cistograma hubiera dado el diagnóstico certero.

El caso de retención aguda de orina por su anamnesia no apuntaba hacia un padecimiento urológico; el examen físico demostraba un abdomen plano, doloroso y con resistencia en todos los cuadrantes, silencio abdominal, dolor exquisito en fosa iliaca derecha e hipertrofia prostética grado III. El contaje de blancos reveló¹ leucocitosis con neutrofilia y la placa simple fue informada como cie apariencia peritonítica. Aun más, el paciente suministró una muestra espontánea de orina que se le solicitó al ingreso. Creemos que, tal vez la percusión hubiera ayudado a corregir el diagnóstico, ya que la palpación no fue contribuyente por la existencia de resistencia muscular. De haberse sospechado una retención de orina, un cateterismo vesical hubiera aliviado dramáticamente el cuadro, trayendo consigo el adecuado diagnóstico sin haber llegado a los medios cruentos.

AFECCIONES PARIETALES

Dos pacientes de este grupo presentaban el cortejo de síntomas clásicos de Apendicitis Aguda, con la excepción de náuseas y vómitos; en el examen abdominal se comprobó empastamiento difuso y muy doloroso en fosa iliaca derecha, resistencia, matidez, silencio abdominal y ausencia de rebote; el contaje de los glóbulos blancos reveló leucocitosis y la fórmula leucocitaria dio neutrofilia; la placa simple de abdomen informó íleo localizado en fosa iliaca derecha. Con el diagnóstico de Apendicitis Aguda con Peritonitis Plástica Periapendicular fueron intervenidos, utilizando incisión paramedia derecha infraumbilical; la sorpresa del Cirujano fue encontrar en ambos casos integridad de los órganos y estructuras intraperitoneales: la palpación de la pared abdominal entre un dedo sobre la piel y otro sobre el peritoneo parietal de ja zona afectada fue lo que hizo descubrir el engrasamiento de ella y motivó¹ la biopsia de músculos anchos, que trajo el diagnóstico de Miositis Aguda No Supurada.

El tercer caso era un cuadro típico de Psoitis Aguda. Se pensó que ella era secundaria a una infección apendicular retrocecal, ya que radiológicamente había testimonio de íleo inhibitorio localizado en fosa iliaca derecha. La intervención demostró integridad en los órganos intraperitoneales y el empastamiento inflamatorio del psoas derecho.

El último caso de causas ¡Parietales de Pseudoapendicitis Aguda era un absceso caliente retroperitoneal de fosa iliaca derecha en que la laparatomía demostró integridad cecoapendicular y en el que el cuadro clínico y radiológico remendaba a perfección una Apendicitis Aguda.

AFECCIONES P LEURO PULMÓN ARES

Los tres casos representativos de este grupo fueron hombres en la 2⁹ y 3ⁱ décadas de la vida y adolecían de neumonía lobar inferior derecha.

El primer caso, fuera de los síntomas y signos neumónicos (tos, macidez y estertores gruesos en base derecha), presentaba dolor espontáneo en fosa iliaca derecha, con resistencia muscular y exquisito dolor a la palpación en punto de McBurney. Esta última sintomatología hizo que se internara a un servicio quirúrgico como Apendicitis Aguda. La radiología dio el diagnóstico de la afección pulmonar y el Cirujano hizo el diagnóstico de punta de costado abdominal; sin embargo, el Internista consultado insistió en que, además de la neumonía, el paciente adolecía de una Apendicitis Aguda. Por presión del último, el Cirujano accedió a efectuar laparatomía con raquianestesia, lo que vino a demostrar integridad de la región cecoapendicular.

El segundo caso fue casi una réplica del primero, con la diferencia que en él no se llegó a intervención quirúrgica. El tercero, dada la ubicación del dolor en mitad derecha del abdomen, hizo dudar en un principio entre una apendicitis o una colecistitis agudas. Tampoco en este caso se llegó¹ a Cirugía.

Gauss (12) informa que el 8% de los pacientes neumónicos tienen dolor abdominal; la explicación dada por él para interpretar la producción del dolor abdominal no nos parece apropiada, ya que la toxemia, que es la causa por él invocada, se puede presentar en neumonías Lobores de cualquiera ubicación y, sin embargo, son las neumonías lobores inferiores las que usualmente dan "dolor abdominal, sensibilidad y espasmo muscular", como aseveran Walter y Gol. (6). Creemos más plausible invocar la irritación de los últimos nervios intercostales por el proceso inflamatorio pleuropulmonar, nervios que no sólo se distribuyen en la pared torácica sino que también lo hacen en la pared abdominal.

AFECCIONES DE CAUSA GENERAL

Incluimos en este grupo 2 casos que creemos tienen debido puesto en él.

En uno de los casos, a pesar de que el diagnóstico de admisión se justificaba en algunos síntomas y signos, la sintomatología en conjunto apareció amputada (falta de fiebre, falta de leucocitosis y neutrofilia, hallazgos radiológicos normales), por lo que con propiedad se puso al paciente en observación. Al tercer día había desaparecido el dolor espontáneo y provocado en tosa iliaca derecha; la contractura muscular se desvaneció, nunca hubo fiebre, la serie blanca se mantuvo dentro de límites normales y las evacuaciones intestinales nunca tuvieron atraso. Al 4^a día desarrolló intenso dolor en región cardíaca que motivó interconsulta con el Cardiólogo, quien diagnosticó, después de efectuar EGG, que el individuo era un Psicópata. Se le dio de alta Ubre de quejas, refiriéndolo al Psiquiatra.

El otro caso fue conceptualizado como simulador y la simulación estaba acondicionada por su calidad de reo en la Penitenciaría Central. Con anterioridad había tenido una hospitalización en la que, asimismo, se comprobó la imitación de otra afección. La historia era compatible con una Apendicitis Aguda, aunque dan manifestaciones exageradas; el estudio de la serie blanca nunca demostró anormalidad, la función digestiva se conservó normal y durante su internamiento observatorio permaneció apirético.

CAUSAS NO DETERMINADAS

Este último grupo, que forzosamente hemos calificado de causas no determinadas, comprende un número de 20 casos (18.5%).

Los casos tenían como carácter común:

- a) Predominar en forma notoria en el sexo femenino (19 de 20).
 - b) Presentarse la mayoría de los casos en pacientes en la 2^a década de la vida, con excepciones de 4 que estaban en la 3^a.
 - c) Tener una historia clínica compatible con una Apendicitis Aguda.
 - d) Constatarse en el examen físico hallazgos que apuntaban hacia una inflamación del apéndice cecal.
- *
- e) Manifestar leucocitosis con cifra promedio de 12.000 mm³ y con tendencia a la neutrofilia o franco predominio de los mismos.

- f) Obtener un informe radiológico, en los casos en que se **efectuó** (seis), en que se aseveraba la existencia **de** ileo inhibitorio localizado en fosa ilíaca derecha y tic probable **origen** peritoneal.
- g) Haber sido todos ellos intervenidos **dentro de** las primeras 24 horas después de **hospitalizados**, con excepción de 2 **que fueron** operados al 4" y 16" días, respectivamente.
- h) En todos los casos las descripciones macroscópicas de los hallazgos operatorios nunca fueron convincentes (ligera hiperemia, acodaduras, longitud extrema, extremo distal abultado en palillo de tambor, etc.); sólo en 6 casos el Cirujano confesó paladinamente que el aspecto macroscópico del apéndice era normal; en ningún caso se encontró otra patología.
- i) El informe anatomopatológico de los 20 casos fue uniforme: "Apéndice sin Patología".
- j) Todos los casos recibieron antibióticos postoperatoriamente, la evolución postquirúrgica fue normal y fueron dados de alta entre el 5'- y el 8" días, sin manifestaciones patológicas anotadas en los protocolos y sin tener hospitalizaciones posteriores.
- k) A pesar de los hallazgos intraoperatorios y de los informes anatomopatológicos, 18 de ellos fueron evacuados con el diagnóstico final de "Apendicitis Aguda"; en una ocasión el diagnóstico de egreso fue el¹ de "Apéndice Normal" y en otro se consignó "Pirexia Criptogenética con Peritonismo".

En este **grupo** no nos ha sido posible precisar la causa de la Pseudo-apendicitis por el análisis de los historiales. Mas bien creemos que hubo una miscelánea de causas que pasaron inadvertidas o que no fueron debidamente investigadas. Hay que hacer énfasis en el hecho de que todas tenían como fondo un proceso infeccioso, testimoniado por fiebre, leucocitosis y neutrofilia, y que todos fueron beneficiados por el reposo y por terapéutica antibiótica postoperatoria. Cabe suponer que la causa pudo radicar en el intra o en el extraperitoneo y que lo que curó la sintomatología fue la medicación y no la intervención quirúrgica.

Estamos incapacitados para dictar pautas para efectuar su diagnóstico diferencial, ya que ignoramos las causas, pero sí creemos estar en la obligación de enfatizar que si el Cirujano se equivocó en el diagnóstico, debió haberlo reconocido y era su obligación agotar los medios para tratar de averiguar la causa, que en más de una oportunidad pudo haberla descubierto, sin que con esto se lesionara su prestigio diagnóstico. Consideramos impropio empecinarse en sostener un diagnóstico a todas luces insostenible.

Es posible que **en** este grupo hayan, habido casos de apendicopatías mecánicas (fecalitos, estrecheces ostiales, etc.) que se hayan manifestado por cólicos apendiculares; es también posible que la sintomatología haya obedecido a parasitismo intestinal; que en algunos casos se comprobó y trató postoperatoriamente. Pero esta suposición no explicaría toda la sintomatología (manifestaciones infecciosas), que Anatomía Patológica demostró que no tenían ninguna base en lo que a apéndice cecal se refiere.

M O R T A L I D A D

En la serie de Pseudoapendicitis analizadas, tanto en los que el error fue corregido sin intervención quirúrgica como en aquellos en que fue necesario em-

plear los medios cruentos para desenmascarar la causa, no logramos coleccionar **ni un solo deceso**, a pesar de que algunas de las etiologías revestían gravedad por sí o por sus **complicaciones** (vólvulos de delgado con gangrena, peritonitis agudas generalizadas sépticas). Se obtuvo, pues, para la serie revisada, un 0% de mortalidad.

COMENTARIO

Algunas de las consideraciones que Hobson y Rossenman (6) hacen en su publicación "**Apendicitis** Aguda. ¿Cuándo es justo estar equivocados?" nos parecen adecuadas. Aseguran que todo Cirujano se ha enfrentado con el dilema de diagnosticar una Apendicitis Aguda y que tal diagnóstico implica una decisión y no una actitud de espera para investigación ulterior, ya que la tardanza en reconocer que un paciente adolece de una apendicitis lleva aparejada la posibilidad de una perforación y sus consecuencias indeseables (obstrucciones intestinales, fistulizaciones) y otras eventualidades que pueden conducir a la muerte en el 2 al 8% de esas desafortunadas víctimas.

Por otro lado, la conciencia del Cirujano es influenciada por el conocimiento de intervenciones efectuadas por diagnósticos erróneos que innecesariamente somete a un riesgo de muerte, a gastos monetarios, a inactividad en la **convalecencia** y a morbilidad operatoria inmediata o mediata. En **muchos** casos esta reserva es aminorada por la comprobación operatoria de la existencia de otra afección que-, aunque no apendicular, sí se beneficia definitivamente con la Cirugía.

Estas reservas personales han venido a ser acrecentadas por el auge que en otras países tienen los llamados "Comités de Patología" ("Tissue Committee"), que han hecho esfuerzos por eliminar operaciones innecesarias por haber demostrado que el diagnóstico preoperatorio del Cirujano frecuentemente estaba en oposición con los hallazgos del Patólogo. En nuestro medio no tenemos tal **comité**, pero sí ha habido un trabajo **en** el que intervino el Patólogo Durón M. (14), que revisó los apéndices obtenidos en el Hospital General en casi 5 años (1952-1957), procedentes de pacientes en quienes se había hecho el diagnóstico preoperatorio de Apendicitis Aguda o Crónica, aceptando el último como entidad clínica. En ese **informe**, el 45% de los apéndices extirpados no mostró patología y en aquel entonces recomendaron la creación de Comités de Patología en los hospitales privados y gratuitos de nuestro país.

Creemos que sin el auditaje de tal comité la cantidad **de** diagnósticos preoperatorios acertados ha mejorado considerablemente en nuestro Hospital General desde la publicación mencionada, ya que en el actual estudio, en 355 diagnósticos de admisión de Apendicitis Aguda el análisis histológico confirmó su existencia en el 69.5% de los casos. Si se consideran únicamente los casos intervenidos quirúrgicamente, ya que los otros fueron eliminados como afecciones no apendiculares, este porcentaje se mejora, pues en 321 operaciones con diagnóstico preoperatorio de Apendicitis Aguda, en 247 ocasiones se comprobó tal afección y en 74 oportunidades el diagnóstico resultó errado, lo que hace subir el porcentaje de aciertos al 76.9%.

Informa Hubson que los comités han establecido indicaciones precisas para efectuar la apendicectomía y que los hospitales que las siguen han disminuido¹ la cantidad de apéndices sanos extirpados; pero, hacen la aclaración, que un aumento en la precisión del diagnóstico del 61 al 83% va acompañado de un aumento de la incidencia de la perforación del 6 al 18% probablemente debida a la observación prolongada y al temor a la crítica de los mencionados comités. No obstante, Drew (15) asegura que en el Iowa Lutheran **Hospital** la mortalidad fue reducida del 27.3 **que** exhibía en 1938 al 5.9% en 1958 y cree que ella fue dismi-

nuida merced al empleo de antibióticos, a la succión gastrointestinal y al uso de infusiones venosas adecuadas. El informe más reciente de ese hospital, que comprende 2.866 casos, da cifras de mortalidad aún más bajas (0.35%).

El informe de Hobson especifica que en 801 casos diagnosticados preoperatoriamente como Apendicitis Aguda, en el 72% tenían efectivamente un proceso inflamatorio agudo del apéndice cecal; del porcentaje restante, el 7% adolecía de una lesión que requería intervención quirúrgica de otra naturaleza y el 21% no ameritaba ninguna intervención; de este último grupo, el 36% presentaba adenitis mesentérica, el 4% exhibía quistes ováricos rotos sin hemorragia significativa y el 50% no ostentó hallazgos anatomopatológicos que explicaran el síndrome (3.4% del total).

En el estudio informado por Lara Rocín- (16), nos da un bajísimo porcentaje de error diagnóstico, ya que en 248 casos sólo en 10 se cometió tal falta (4%) y en ellos se encontró el apéndice normal y en algunas ocasiones adenitis mesentérica.

Barnes y Col. (17), en un informe basado en el análisis de cerca de 4.500 casos intervenidos con el diagnóstico de Apendicitis Aguda en el Massachusetts General Hospital, encontraron un 15.2% de Pseudoapendicitis, a la cabeza de las causas de tal error iba la linfadenitis mesentérica. Estos autores constataron que en el 2.8% la exploración operatoria fue negativa por comprobaciones patológicas.

Se demuestra con esos informes un hecho ya sabido: las Pseudoapendicitis se diagnostican en todas partes, a pesar de la calidad del hospital y de la experiencia del Cirujano. Se comprueba, asimismo, que entre esos casos de falsas apendicitis agudas existe un porcentaje, mayor o menor según los informantes, en que no se logra hallar patología que explique la sintomatología del paciente. No tenemos por qué extrañarnos, pues, al comprobar que en la serie por nosotros revisada hayamos encontrado casos que en el acto operatorio no se constató otra patología y que el estudio del apéndice extirpado haya sido informado como normal; lo que sí nos llama la atención es la cantidad elevada de estos casos (18.5%); pero, como ya lo dijimos anteriormente, es factible que el estudio de ellos no fue profundizado, y si tal se hubiera hecho, es probable que el mismo tendría un porcentaje menor.

C O N C L U S I O N E S

- 1.—En la serie de casos revisados por nosotros las Pseudoapendicitis Agudas fueron frecuentes ya que se observaron en el 30% de los diagnósticos de Apendicitis Agudas hospitalizadas y en el 1.1% de las admisiones en el Departamento Quirúrgico del Hospital General.
- 2.—Su ocurrencia fue predominante en el sexo femenino (70%) y en la 2^a y 3^a décadas de la vida (74%).
- 3.—Las causas abdominales absorbieron el 76% de los casos. De ellas:
 - a) Las afecciones digestivas representan el 35%, yendo a la cabeza de éstas el parasitismo intestinal, las peritonitis agudas generalizadas, la linfadenitis mesentérica inespecificada y las gastroenteritis agudas.
 - b) Las afecciones ginecológicas se apropiaron del 32%, estando cubierto este porcentaje con una marcada preponderancia por las salpingitis agudas.
 - c) Las afecciones urológicas participaron con un 5.5% y su representativa más frecuente fue la pielitis aguda.

- d) Las afecciones parietales alcanzaron un 3.7%. siendo la miositis aguda no supurada de los músculos anchos del abdomen la que se prestó a mayor número de confusiones.
- 4.—Las causas extra-abdominales fueron monopolizadas por las afecciones **pleuro-pulmonares** (neumonía **lobar** derecha inferior), con un porcentaje de 2.7.
- 5.—De causa general sólo pudimos colectar el 1.7%, habiendo un psicópata y un simulador en este grupo.
- 6.—Etiquetamos un grupo con el nombre de "causas no determinadas" (18.5%) en el que la revisión de los protocolos reveló la inexistencia de Apendicitis Aguda y la ausencia de cualquiera otra patología conocida y que, sin embargo, exhibía el síndrome apendicular agudo.
- 7.—La mortalidad de la serie revisada fue nula (0%).

R E S U M E N

- 1.—Se revisan los protocolos del Hospital General de Tegucigalpa. comprendidos en el lapso de 7 años (1958-64) y se extraen 108 casos de Pseudoapendicitis Agudas.
- 2.—Se establece su frecuencia, se elabora una clasificación, se hace un análisis de las causas y se intenta efectuar el diagnóstico diferencial de las más comunes.
- 3.—Se hace un comentario y se extraen conclusiones.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.—DUNCAN, G. G. y Beidleman, B. Acute Abdominal Pain. Some Medical Causes. Surg. Clin, of N. A. 30:1597. 1950. 2.—SAPISOCHIN, H. Síndrome Doloroso Agudo de la Fosa Iliaca Derecha. El Día Méd. 35:1021. 1963.
- 3.—FICARRA, B. J. Immediate Operation Versus Conservatism for Acute Abdominal Complaints. J. Int. Coll. Surgeons 34:7. 1960.
- 4.—FURSTE, W. y Ayres, P. R. Acute Intermittent Porphyría with Acute Abdominal Findings and Palpable Mass A.M.A. Archives of Surg. 72:426. 195(5).
- 5.—RUDNER, H. G. Jr. y Rudner H. G. Sr. Abdominal Manifestations of Sickle Cell Anemia. Am. J. of Gastroent. 25:11. 1956.
- 6.—HOBSON, T. y Rosenman, L. D. Acute Appendicitis-When is it right to be wrong? Arn. J. of Sur. 108:306. 1964.
- 7.—WALTER, L. E. y Chaffin, L. Medical Diseases Causing an Apparent Acute Abdomen, in Infancy and Childhood. **Estera** J. of Surg., **Obst.** and Gynec. 63-580. 1955.
- 8.—MELLINKOFF, S. M. Systemic Causes of Abdominal Pain Am. J. Digest Dis. 4:563. 1959.
- 9.—LIEBERMAN, A. Nonspecific Mesenteric Adenitis. Am. J. Gastro. 32:206. 1959.
- 10.—DAVIS, L., Oiristopher's Textbook of Surgery. W. B. Saunders Company. 19150.
- 11.—GIRARDET, R. y Enquist. I. F. Differential Diagnosis Between Appendicitis and Acute Pelvic Inflammatory Disease. Surg. Gynec. and Obst. 116:212. 1963.
- 12.—THOREK, P. Diagnóstico Quirúrgico. Edit. Interamer. 1957.
- 13.—GAUSS, H. Abdominal Pain in Pneumonia. Am. J. of Dig. Dis. 13:73. 1946.
- 14.—DURON, M., R. y Montes, F. Apenaicitis: Correlación Clínico-patológica. Rev. Méd. Hondureña 26:10. 1958.
- 15.—DREW, E. J. Acute Appendicitis with Perforation. A review of the Cases in Iowa Lutheran Hospital over Thirteen Year Parlad. Am. J. Surg. 109:464. 1965.
- 16.—LARA ROCHE, C.; Duarte, J. T.; Duran, A. R. y Lizarralbe, A. E. Apendicitis Aguda: Estudio de la Morbilidad y Mortalidad de 248 casos. Rev. Col. Med. Guatemala, 15:9. 1964.
- 17.—BARNES, B. A.; Behringer. G. B.; Wheelock. F. C. y Wilkins, E. W. Treatment of Appendicitis at the Massachusetts General Hospital (1937-1959] J A M A 180:122. 1962.