Rev. Chilena de Cirugía. Vol 57 - Nº 5, Octubre 2005; págs. 417-423

TRABAJOS CIENTÍFICOS

Sintomatología atípica en pacientes con apendicitis. Estudio prospectivo*

Atypical symptoms in patients with appendicitis

Drs. MARCELO BELTRÁN S,[1,2] TITO F. TAPIA,[1,2] E.U. KARINA CRUCES B.[1]
E.U. JAZMÍN ROJAS,[2] E.U. TOMÁS ARAYA E,[2] E.U. MARCELA BARRAZA.[2]
E.U. ISABEL ALFARO,[2] E.U. MANUEL CÁCERES[2]

[1]Departamento de Cirugia. [2]Unidad de Emergencias

RESUMEN

La clínica clásica de la apendicitis debe complementarse con el conocimiento de las presentaciones atípicas que son más frecuentes de lo que habitualmente se describen. *Objetivo.* Determinar la frecuencia de los síntomas atípicos de apendicitis, su relación con el periodo de evolución clínica, número de consultas y su influencia en el diagnóstico. *Material y método.* Entre Octubre 2002 y Abril 2004, fueron estudiados 186 pacientes mayores de 15 años operados por apendicitis. De ellos, 49% presentó algún síntoma atípico, estos pacientes representan el grupo de síntomas atípicos; 51% no presentaron síntomas atípicos y constituyen el grupo de clínica clásica. El diseño corresponde a un estudio prospectivo de corte transversal no aleatorio. *Resultados.* En ambos grupos predominaron pacientes de sexo femenino con un promedio de edad similar. En el grupo de síntomas clásicos la consulta primaria fue más frecuente. El 24% de los pacientes del grupo de síntomas atípicos tuvieron un periodo de evolución superior a 73 horas. En el grupo de síntomas atípicos, 14,6% de los pacientes requirieron de 4 o más consultas para llegar al diagnóstico. Los síntomas atípicos más frecuentes fueron diarrea, dolor dorsal y dolor localizado en el hipogástrio. La histopatología demostró una mayor proporción de apéndices normales y perforados en el grupo de síntomas atípicos. *Conclusiones.* La frecuencia de síntomas atípicos es 44,6% y condiciona un retraso en el diagnóstico. Se identificaron algunos síntomas atípicos que guardan relación con la clínica de la apendicitis y que deben ser evaluados en el proceso diagnóstico.

PALABRAS CLAVES: ***Apendicitis, síntomas, clínica atípica***

SUMMARY

Background: The classical clinical picture of acute appendicitis must be complemented with full knowledge of atypical symptoms that might be present more commonly than expected. *Aim.* To determine the real frequency of these atypical symptoms, their relationship with the clinical picture, number of previous emergency unit evaluations, and influence on the diagnosis. *Patients and methods.* Between October 2002 and April 2004, 186 patients older than 15 years of age and operated for appendicitis, were enrolled in a prospective protocol. Of them, 49% had atypical symptoms and 51% had the classic clinical picture. Results. Most patients with only classical symptoms were diagnosed at their first visit to the emergency unit. Patients with atypical symptoms needed more visits to the emergency unit to be diagnosed, and 14,6% of them needed 4 or more visits. Twenty four percent of patients with atypical symptoms had a period of more than 73 hours of evolution before the diagnosis was made. The atypical symptoms more frequently reported were diarrhea, back and lower mid-abdominal pain. The pathological study of the surgical piece showed a higher frequency of normal and perforated appendices in the group with atypical symptoms. *Conclusions:* Forty five percent of patients with acute appendicitis present with atypical symptoms that delay the diagnosis. We identified some atypical symptoms related to the classic clinical picture of appendicitis. These should be taken into consideration whenever a patient with a suspected acute appendicitis is evaluated.

KEY WORDS: ***Appendicitis, symptoms, atypical clinic picture***

*Recibido el 10 de Diciembre de 2004 y aceptado para publicación el 11 Mayo de 2005.
E-mail: beltran_01@yahoo.com

INTRODUCCIÓN

La apendicitis es la causa más frecuente de abdomen agudo quirúrgico y cirugía en los servicios de urgencia[1-3]. El cuadro clínico clásico de apendicitis tal como lo conocemos, fue descrito hace 120 años[4], en aquella temprana descripción se hacía énfasis en su diagnóstico oportuno y tratamiento temprano. Las recomendaciones actuales sobre el diagnóstico y tratamiento de la apendicitis no han cambiado[1-3, 5-9]. La mortalidad que llegaba a 26% de los casos, actualmente es menor a 1%. La morbilidad no ha experimentado una disminución tan dramática[1,2]. Esto se debe en parte, a la demora en el diagnóstico debido a las presentaciones atípicas de esta patología frecuente y ampliamente conocida[2,3,5]. Entre las causas de presentaciones atípicas y diagnóstico tardío, se cuentan las variaciones anatómicas del apéndice[6], la demora del paciente en consultar por el dolor[2,3], la presencia de síntomas atípicos asociados al cuadro clínico[3, 5,7-12] y la experiencia del médico que examina al paciente[2,3,5,7-11]. El empleo de estudios radiológicos ha producido cierto impacto en el diagnóstico temprano de los pacientes con presentaciones atípicas de apendicitis[12-18]. El uso de laparoscopia para la evaluación y eventual tratamiento de estos pacientes ha demostrado su valor y seguridad[2,7,9,19-26]. La factibilidad del uso del laparoscopio y la disponibilidad de estudios radiológicos, muchas veces engorrosos, no se encuentra en todos los hospitales, centros o consultas médicas durante las 24 horas del día y muchas veces la clínica es la única herramienta con la que cuenta el médico para el diagnóstico de apendicitis[2, 3, 5, 7-10, 12, 18]. La clínica clásica de la apendicitis debe complementarse con el conocimiento de las presentaciones atípicas, que son más frecuentes de lo que habitualmente se describe[1-3, 5, 7, 8]; y de esta forma poder llegar a un diagnóstico más acertado y oportuno.

En un estudio previo demostramos que la apendicitis se asocia a síntomas atípicos en 37% de los casos y que las características de estos pacientes no son las que uno espera por la enseñanza clásica[5]. En el mismo estudio evidenciamos las debilidades de su diseño[5], por lo que creemos que la frecuencia de los síntomas atípicos es aún mayor. Con el objetivo de llegar a un mejor diagnóstico de apendicitis, nos planteamos determinar la frecuencia de los síntomas atípicos de apendicitis. Describir sus características, su relación con el periodo de evolución del cuadro clínico, con el número de consultas médicas previas al diagnóstico y su influencia en el diagnóstico.

MATERIAL Y METODO

Entre Octubre 2002 y Abril 2004, fueron estudiados en forma prospectiva y consecutiva todos los pacientes mayores de 15 años de edad operados con el diagnóstico de apendicitis, en un turno específico de la Unidad de Emergencias de nuestra institución. Se incluyeron 186 pacientes quienes representan el 18,7% de todos los pacientes mayores de 15 años operados por apendicitis en el período (Total 994 pacientes: 100%). De los 186 pacientes; 91 (49%) presentaron algún síntoma atípico en su cuadro clínico, este grupo de pacientes representa el grupo de síntomas atípicos y los 95 pacientes (51%) que no presentaron síntomas atípicos en su cuadro clínico constituyen el grupo de síntomas clásicos (Tabla 1).

Diseño del estudio y protocolo

Corresponde a un estudio de corte transversal, prospectivo y no aleatorio. Los cirujanos ingresaron a los pacientes, en el momento en el cual se tomó la decisión quirúrgica, en un protocolo que incluye variables demográficas, dependientes, independientes, continuas y categóricas.

Definiciones

En el protocolo, registro y análisis de los datos se siguieron definiciones establecidas sobre la clínica de la apendicitis y su histopatología[2,5,7-9]. Se define como variable clínica categórica al síntoma o signo en un paciente con la sospecha de apendicitis[5, 8]. El diagnóstico clínico de apendicitis se define como el diagnóstico tentativo que hace necesaria la cirugía[5,8]. El tipo de consulta se divide en consulta primaria que se define como la consulta voluntaria del paciente en la UE y consulta derivada que se define como la consulta del paciente derivado de un consultorio municipal, posta rural o consulta médica. El tiempo de evolución del cuadro clínico se define como el periodo que transcurre desde el inicio de los síntomas hasta el momento del diagnóstico clínico. El número de consultas se define como el número de veces que el paciente consultó por el cuadro clínico hasta el momento del diagnóstico, es independiente de sí la consulta fue primaria o derivada. Se asigna el valor “0” a la primera consulta del paciente. Los síntomas típicos y los signos del examen físico de la apendicitis, son aquellos que se encuentran descritos y definidos en estudios previos como tales[1-9]. Los síntomas atípicos son aquellos que habitualmente no se asocian al cuadro clínico clásico de apendicitis que refiere el paciente y que se encuentran asociados al cuadro clínico actual[2,3,5-11].

Análisis estadístico

Se utilizó estadística descriptiva en el análisis del estudio. Se calculó el promedio y desviación standard (DS) de las variables continuas. Para el análisis estadístico se utilizó el programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences) Chicago, Illinois, Versión 11.0.

RESULTADOS

En ambos grupos predominaron pacientes de sexo femenino, con un promedio de edad similar. En el grupo de síntomas clásicos la consulta primaria fue más frecuente (82% *versus* 62,6%). Los pacientes fueron derivados con mayor frecuencia en el grupo de síntomas atípicos (37,4% *versus* 18%) (Tabla 1). Los síntomas clásicos se presentaron con menor frecuencia en el grupo de pacientes con síntomas atípicos. (Tabla 2). Los síntomas atípicos más frecuentes fueron la diarrea, dolor dorsal o lumbar y dolor localizado en el hipogástrio (Tabla 3). El examen físico fue el habitual en pacientes con apendicitis (Tabla 4). Se utilizó la ecografía como el examen radiológico de apoyo diagnostico en 31% de los pacientes del grupo de síntomas atípicos y en 9,5% de los pacientes del grupo de síntomas clásicos. El estudio histopatológico demostró una mayor proporción de apéndices perforados y normales en el grupo de síntomas atípicos, el riesgo de un diagnóstico falso se incrementa en pacientes con síntomas atípicos (Tabla 5).

Cuando comparamos la frecuencia de los síntomas atípicos en el grupo de pacientes con síntomas atípicos con apendicitis confirmada por histopatología con los 9 pacientes con apéndice normal en el estudio histopatológico, observamos que la frecuencia de diarrea, dolor hipogástrico y dolor abdominal difuso es similar en ambos grupos. En 7 de los 8 pacientes con dolor abdominal difuso el apéndice se encontraba perforado y 1 tenía el apéndice normal; de los pacientes con apéndice perforado en 1 caso se encontró una peritonitis difusa, en 2 casos un plastrón apendicular y en 5 casos un apéndice necrótico con reacción inflama-

Tabla 1

CARACTERÍSTICAS GENERALES EN 186 APENDICECTOMÍAS

	Síntomas clásicos - 95 (51%)	*Síntomas atípicos - 91 (49%)*	*Total - 186 (100%)*
Sexo			
Mujeres	55 (58)	59 (64,8)	114 (61,2)
Hombres	40 (42)	32 (35,2)	72 (38,7)
Edad			
15-30	55 (57,8)	51 (56,1)	106 (57)
31-60	38 (40)	39 (42,8)	77 (41,4)
> 61	2 (2,2)	1 (1,1)	3 (1,5)
Promedio ± DS	29,65 ± 13,4	30,36 ± 10,9	29,96 ± 12,2
Tipo de consulta			
Derivada	17 (18)	34 (37,4)	51 (27,4)
Primaria	78 (82)	57 (62,6)	135 (72,6)

DS: desviación estándar.

Tabla 2

SINTOMAS CLÁSICOS EN 186 APENDICECTOMIAS

	Síntomas clásicos / n: 95 (100%)		*Síntomas atípicos / n: 91 (100%)*		*Total / n: 186 (100%)*	
Síntoma	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
Dolor epigástrico o periumbilical inicial	92	96,8	66	72,5	158	85
Migración del dolor a fosa ilíaca derecha	93	98	60	66	153	82,2
Temperatura rectal > 37,5°C	79	83,2	64	70,3	143	76,8
Anorexia	77	81,1	69	75,8	146	78,4
Náusea y vómito	85	89,5	65	71,4	150	80,6

Tabla 3

SINTOMAS ATÍPICOS EN 186 APENDICECTOMÍAS

Síntoma	*n*	*%*
Diarrea	47	25,3
Dolor dorsal o lumbar	28	15,1
Dolor localizado en el hipogástrio	26	14
Disuria	14	7,5
Dolor localizado en región periumbilical	9	4,8
Dolor abdominal difuso	8	4,3
Dolor localizado en el epigastrio	8	4,3
Fiebre elevada (temperatura rectal > 39,5°C)	3	1,6
Cefalea	3	1,6

Tabla 4

EXAMEN FÍSICO EN 186 APENDICECTOMÍAS

Signo	*n*	*%*
Dolor inducido por la tos	180	96,8
Dolor inducido por el movimiento	183	98,4
Defensa muscular voluntaria o involuntaria	163	87,6
Sensibilidad de rebote o signo de Blumberg	164	88,2
Signo de McBurney	174	93,5
Signo de Rovsing	46	24,7

toria local. En 3 casos la temperatura rectal se encontraba elevada por sobre 39,5 °C; en 2 pacientes el apéndice se encontraba perforado con una peritonitis local en un caso y un absceso apendicular en el otro, el tercer paciente tenía un apéndice no perforado con una apendicitis edematosa (Tabla 6).

En 24% de los pacientes del grupo con síntomas atípicos y 33,3% pacientes con apéndice normal el periodo de evolución del cuadro clínico fue superior a 73 horas. El promedio de evolución fue mayor en el grupo de síntomas atípicos que en el grupo de síntomas clásicos (49,6 ± 41,8 versus 29,7 ± 17,5 horas). La mayoría de los pacientes con síntomas clásicos requirieron de solo una consulta para llegar al diagnóstico de apendicitis (53,2%). En el grupo de síntomas atípicos, 14,6% de los pacientes requirió de 4 o más consultas para llegar al diagnóstico, el promedio del número de consultas en este grupo fue de 1,76 ± 1,68 *versus* 0,9 ± 1,14 en el grupo de síntomas clásicos. Es mayor la posibilidad de un falso diagnóstico de apendicitis en la consulta inicial y en pacientes con múltiples consultas (Tabla 7).

DISCUSIÓN

El diagnóstico de apendicitis es principalmente clínico[2-5,7,8]. La clínica clásica de la apendicitis es ampliamente conocida[2-5,7-9]. Los síntomas atípicos de apendicitis se presentan con una frecuencia mayor a 36%[5], en este estudio la frecuencia de pacientes operados por apendicitis con síntomas atípicos fue de 49%, de ellos, el apéndice fue reportado como normal, en el estudio histopatológico, en 8 casos (Tabla 5), por lo tanto la frecuencia de apendicitis asociada a sintomatología atípica fue de 44,6%. Este hecho confirma nuestra hipótesis y la impresión que nos dejó el estudio previo respecto a la frecuencia real de estos síntomas y el frecuente sub-registro en las fichas clínicas[5]. La mayoría de los pacientes operados por apendicitis fueron mujeres; en el grupo de síntomas atípicos 64,8% fueron pacientes de sexo femenino (Tabla 1). En el estudio previo[5] se observó una diferencia a favor del sexo masculino; creemos que esto se debe al sub-registro de los síntomas atípicos en las fichas clínicas, sesgo comúnmente encontrado en estudios restrospectivos[1,5]. La apendicitis se presenta con mayor frecuencia en pacientes jóvenes, el promedio de edad y la distribución en ambos grupos fue similar. Habitualmente se describen las presentaciones atípicas de la apendicitis en pacientes ancianos[1,2], esta descripción no se cumple en el presente estudio (Tabla 1). Según el tipo de consulta, la mayoría de los pacientes con síntomas clásicos de apendicitis consultaron en forma primaria lo contrario ocurrió con los pacientes con síntomas atípicos quienes en general fueron derivados (Tabla 1), esta distribución es característica en nuestra provincia[5].

Los síntomas clásicos se presentan con menor frecuencia en el grupo de pacientes con síntomas atípicos, todos los pacientes con síntomas atípicos presentaron uno o más de los síntomas clásicos de apendicitis (Tabla 2). Este hecho sumado a un mayor número de consultas y a un mayor periodo de evolución en los pacientes con síntomas atípicos, sugiere la deformación del cuadro clínico clá-

Tabla 5

DIAGNOSTICO HISTOPATOLÓGICO EN PACIENTES CON SINTOMAS CLÁSICOS Y ATIPICOS

	Síntomas clásicos		*Síntomas atípicos*		*Total*	
Apéndice	*n*	*%*	*n*	*%*	*n*	*%*
No perforado	90	94,7	62	68,1	152	81,7
Perforado	4	4,2	21	23,1	25	13,4
Normal	1	1,1	8	8,8	9	4,8
Total	95	100	91	100	186	100

Tabla 6

COMPARACIÓN ENTRE PACIENTES APENDICECTOMIZADOS CON SINTOMAS ATÍPICOS Y APÉNDICE NORMAL

*Síntoma**	*Síntomas atípicos/n: 83 (100%)*	*Apéndice normal/n: 9 (100%)*
Diarrea	43 (51,8)	4 (44,4)
Dolor dorsal o lumbar	27 (33,1)	1 (11,1)
Dolor localizado en el hipogástrio	24 (29)	2 (22,2)
Dolor localizado en región periumbilical	9 (10,8)	–
Disuria	8 (9,6)	6 (66,6)
Dolor localizado en el epigastrio	8 (9,6)	–
Dolor abdominal difuso**	7 (8,4)	1 (11,1)
Fiebre elevada (Temperatura rectal > 39,5°C)***	3 (3,7)	–
Cefalea	3 (3,7)	–

*Uno o más síntomas pueden presentarse en el mismo paciente.

**7 Casos con apéndice perforado: 1 Caso peritonitis difusa, 2 Casos plastrón apendicular, 5 Casos apéndice necrótico - 1 Caso con apéndice normal.

***2 Casos con apéndice perforado: Peritonitis local y absceso - 1 Caso con apéndice no perforado.

sico y la aparición de algunos síntomas atípicos como la diarrea, disuria y dolor en otras localizaciones del abdomen, que pueden considerarse como parte del cuadro clínico de la apendicitis en un período más tardío (Tablas 2, 3, 6 y 7). Entre ambos grupos el periodo de evolución del cuadro clínico es similar hasta las 48 horas. En el grupo de síntomas atípicos, 31,3% de los pacientes consultó pasadas las 49 horas y 24% más allá de las 73 horas, el promedio general de evolución del cuadro clínico fue mayor en pacientes con síntomas atípicos: 49,6 ± 41,8 versus 29,7 ± 17,5 horas en pacientes con clínica clásica (Tabla 7). La mayoría de los pacientes en ambos grupos se diagnosticaron dentro de las primeras 48 horas (Tabla 7). Se describe la presentación de la apendicitis con síntomas atípicos cuando el diagnóstico se establece posteriormente a las 48 horas iniciales[2]. La presencia de síntomas atípicos en un paciente con apendicitis confunde el diagnóstico inicial, por lo que el diagnóstico tardío se debe a un prolongado periodo de observación, evaluación o estudio[2]. En

Tabla 7

COMPARACIÓN DEL TIEMPO DE EVOLUCION DEL CUADRO CLINICO Y EL NUMERO DE CONSULTAS EN PACIENTES APENDICECTOMIZADOS CON SINTOMAS CLÁSICOS, ATÍPICOS Y APÉNDICE NORMAL

Evolución	*Síntomas clásicos / n: 94 (100%)*	*Síntomas atípicos / n: 83 (100%)*	*Apéndice normal / n: 9 (100%)*
< 12 horas	21 (22,3)	3 (3,7)	4 (44,4)
13-24	35 (38,3)	36 (43,4)	2 (22,2)
25-48	23 (24,4)	18 (21,6)	–
49-72	11 (11,7)	6 (7,3)	–
> 73	4 (4,2)	20 (24)	3 (33,3)
Promedio ± DS	29,7 ± 17,5	49,6 ± 41,8	39,5 ± 36,8
Número de consultas			
0	50 (53,2)	23 (27,7)	6 (66,6)
1	15 (16)	18 (22)	–
2	21 (22,3)	21 (25,4)	–
3	4 (4,2)	9 (11)	–
4	4 (4,2)	6 (7,3)	3 (33,3)
5	–	2 (2,4)	–
6	–	3 (3,7)	–
7	–	1 (1,2)	–
Promedio ± DS	0,9 ± 1,14	1,76 ± 1,68	1,3 ± 2

DS: Desviación estándar.

el presente estudio, esta descripción no se cumple completamente (Tabla 7). Se ha descrito que la presencia de síntomas atípicos en pacientes con apendicitis se debe a un proceso de evolución patológica prolongado y que cuando se operan estos pacientes los hallazgos son los de un cuadro séptico severo en el abdomen[2], estamos de acuerdo con esta descripción, la incidencia de apendicitis perforada fue de 23,1% en pacientes con síntomas atípicos y de 4,2% en pacientes con clínica clásica (Tabla 5). La incidencia de perforación del apéndice en pacientes con síntomas clásicos es la esperada en estudios de apendicitis[1,2,7]. La incidencia de apéndice histológicamente perforado en pacientes con síntomas atípicos, quienes presentan un periodo de evolución más prolongado de su cuadro clínico comparados con los pacientes con clínica clásica (Tabla 7), confirma el hecho de que a mayor tiempo entre el diagnóstico y el tratamiento, mayores son las complicaciones sépticas del apéndice que uno puede esperar encontrar en el abdomen[2,7,27,28].

El análisis de la relación de la edad con los síntomas atípicos y el número de consultas no demuestra diferencias entre el número de consultas y la edad de los pacientes, síntomas como la disuria, dolor dorsal o hipogástrico y dolor epigástrico se presentan en todos los grupos etáreos, pudiendo considerarse como síntomas atípicos del cuadro de apendicitis. El análisis de la relación del sexo del paciente con los síntomas atípicos y el número de consultas, demuestra que síntomas como la disuria, dolor periumbilical y la diarrea son frecuentes en pacientes con apendicitis. En 8 casos del grupo de pacientes con síntomas atípicos y en 1 caso de pacientes con clínica clásica, el apéndice fue reportado como normal. Cuando comparamos los síntomas atípicos que se presentaron en los pacientes con apéndice normal con el grupo de pacientes con síntomas atípicos, observamos que síntomas como la diarrea, disuria y dolor hipogástrico son también muy frecuentes en pacientes con apéndice normal, este hecho confirma a estos síntomas como síntomas atípicos de apendicitis. Los hallazgos quirúrgicos en pacientes con dolor abdominal difuso y fiebre elevada permiten clasificar estos síntomas como síntomas atípicos y tardíos de apendicitis (Tabla 6).

La ecografía abdominal es útil en el diagnóstico de apendicitis[1,2,7-9,13-16]. En este estudio, se realizaron 38 ecografías (20,4%), de ellas 29 (15,6%) en pacientes con síntomas atípicos. A pesar del mayor número de ecografías en pacientes con síntomas atípicos la tasa de perforación fue mayor a la de los pacientes con síntomas clásicos, aparentemente el uso de ecografía en estos pacientes no influyó en el diagnóstico de apendicitis, su utilidad fue la de un estudio adicional dentro del proceso diagnóstico en estos pacientes.

CONCLUSIONES

Los cirujanos no basan el diagnóstico de apendicitis exclusivamente en una serie de síntomas o en un signo clínico del examen físico, sino en una combinación de hallazgos en la anamnesis y examen físico[2,7-9]. El diagnóstico de apendicitis y la decisión quirúrgica en este estudio, se realiza sobre la base de los hallazgos del examen físico (Tabla 4). La frecuencia de síntomas atípicos en pacientes con apendicitis es de 44,6%. No existe diferencia entre la edad en pacientes con síntomas atípicos de apendicitis y la edad de pacientes con clínica clásica de apendicitis (Tabla 1). En pacientes con síntomas atípicos existe un predominio de pacientes femeninos (Tabla 1). La presencia de síntomas atípicos frecuentemente no influye en el periodo de diagnóstico habitual de la apendicitis, sin embargo un número importante de pacientes con síntomas atípicos tuvieron un periodo diagnóstico superior a 73 horas (Tabla 7).

Los síntomas atípicos que se asocian a la edad del paciente son la disuria, el dolor dorsal o lumbar, hipogástrico y epigástrico persistentes. Los síntomas atípicos que se asocian al sexo del paciente son la disuria, diarrea, dolor periumbilical persistente y el dolor epigástrico. Los pacientes con síntomas atípicos son derivados con frecuencia de otros centros médicos y presentaron un mayor número de consultas previas al diagnóstico. Estos pacientes tuvieron una mayor incidencia de apéndices histológicamente normales y perforados con relación a los pacientes con clínica clásica (Tabla 5).

Concluimos que en el presente estudio, la frecuencia de síntomas atípicos es elevada y si bien no influye en el diagnóstico ni en la conducta quirúrgica adecuada, si condiciona un retraso en el diagnóstico y en el aumento de las complicaciones preoperatorias de apendicitis. La presencia de síntomas atípicos no se relaciona a la edad del paciente. Se identificaron algunos síntomas atípicos que guardan relación con la clínica de la apendicitis y que deben ser evaluados y tomados en cuenta en el proceso diagnóstico.

REFERENCIAS

1. Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, Oprian CA, Henderson WG, *et.al.* Risk factors for adverse outcomes after the surgical treatment of appendicitis in adults. Ann Surg 2003; 238: 59-66.

2. Wagner JM, McKinney WP, Carpenter JL. Does this patient have appendicitis? J Am Med Assoc 1996; 276: 1589-94.
3. von Titte SN, McCabe CJ, Ottinger LW. Delayed appendectomy for appendicitis: Causes and consequences. Am J Emerg Med 1996; 14: 620-22.
4. Fitz RH. Perforating information of the vermiform appendix, with special reference to its early diagnosis and treatment. Am J Med Sci 1886; 92: 321-46.
5. Beltran SM, Villar MR, Tapia TF, Cruces BK. Sintomatología atípica en 140 pacientes con apendicitis. Rev Chil Cir 2004; 56: 269-74.
6. Poole GV. Anatomic basis for delayed diagnosis of appendicitis. South Med J 1990; 83: 771-73.
7. Andersson RE, Hugander AP, Ghazi SH, Ravn H, Offenbartl SK, Nyström PO, *et al.* Diagnostic value of disease history, clinical presentation, and inflammatory parameters of appendicitis. World J Surg 1999; 23: 133-40.
8. Körner H, Söndenaa K, Söreide JA, Nysted A, Vatten L. The history is important in patients with suspected acute appendicitis. Dig Surg 2000; 17: 364-69.
9. Paulson EK, Kalady MF, Pappas TN. Suspected appendicitis. N Engl J Med 2003; 348: 236-42.
10. Senbanjo RO. Management of patients with equivocal signs of appendicitis. J R Coll Surg Edinb 1997; 42: 85-8.
11. Buchman TG, Zuidema GD. Reasons for delay of the diagnosis of acute appendicitis. Surg Gynecol Obstet 1984; 158: 260-66.
12. Rypins EB, Kipper SL, Weiland F, Neal C, Line B, McDonald R, *et al.* 99m Tc anti-CD monoclonal antibody (LeuTech) imaging improves diagnostic accuracy and clinical management in patients with equivocal presentation of appendicitis. Ann Surg 2002; 235: 232-39 .
13. Lee SL, Ho HS. Ultrasonography and computed tomography in suspected acute appendicitis. Semin Ultrasound CT MR 2003; 24: 69-73.
14. Horton MD, Counter SF, Florence MG, Higs RS, Smith W, Davidson P, *et.al.* A prospective trial of computed tomography and ultrasonography for diagnosing appendicitis in the atypical patient. Am J Surg 2001; 182: 305-06.
15. Franke C, Böhner H, Yang Q, Ohmann C, Roher HD. Ultrasonography for diagnosis of acute appendicitis: Results of a prospective multicenter trial. World J Surg 1999; 23: 141-46.
16. Wilson EB, Cole JC, Nipper ML, Cooney DR, Smith RW. Computed tomography and ultrasonography in the diagnosis of appendicitis: When they are indicated? Arch Surg 2001; 136: 670-75.
17. Rettenbacher T, Hollerweger A, Gritzmann N, Gotwald T, Schwamberger K, Ulmer H, *et al.* Appendicitis: Should diagnostic imaging be performed if the clinical presentation is highly suggestive of the disease? Gastroenterology 2002; 123: 992-98.
18. Mittal VK, Goliath J, Sabir M, Patel R, Richards BF, Alkalay I, *et al.* Advantages of focused helical computed tomographic scanning with rectal contrast only vs triple contrast in the diagnosis of clinically uncertain acute appendicitis: A prospective randomised study. Arch Surg 2004; 139: 495-500.
19. Jones PF. Suspected acute appendicitis: Trends in management over 30 years. Br J Surg 2001; 88: 1570-77
20. Larrachea PH. Laparoscopia diagnóstica en la sospecha de apendicitis aguda. Rev Chil Cir 2000; 52: 227-34
21. van der Broek WT, Bijnen AB, van Eerten PV, de Ruiter P, Gouma DJ. Selective use of diagnostic laparoscopy in patients with suspected appendicitis. Surg Endosc 2000; 14: 938-41.
22. Pedersen AG, Petersen OB, Wara P, Ronning H, Quist N, Laurberg S. Randomized clinical trial of laparoscopic versus open appendicectomy. Br J Surg 2001; 88: 200-05.
23. Kurtz RJ, Heimann TM. Comparison of open and laparoscopic treatment of acute appendicitis. Am J Surg 2001; 182: 211-14.
24. Piskun G, Kozik D, Rajpal S, Shaftan G, Fogler R. Comparison of laparoscopic, open and converted appendectomy for perforated appendicitis. Surg Endosc 2001; 15: 660-62.
25. Wullstein C, Barkhausen S, Gross E. Results of laparoscopic vs conventional appendectomy in complicated appendicitis. Dis Colon Rectum 2001; 44: 1700-05.
26. Guller U, Hervey S, Purves H, Muhlbaier LH, Peterson ED, Eubanks S, *et al.* Laparoscopic versus open appendectomy: Outcomes comparison based on a large administrative database. Ann Surg 2004; 239: 43-52.
27. Tehrani HY, Petros IG, Kumar RR, Chu Q. Markers of severe appendicitis. Am Surg 1999; 65: 453-55.
28. Yamini D, Vargas H, Bongard F, Klein S, Stamos MJ. Perforated appendicitis: Is it truly a surgical urgency? Am Surg 1998; 64: 970-75.