

Complicaciones de la apendicectomía

A propósito de 1.000 casos

Dres. César Armand Ugon, Dante Parma, Carlos Antúnez y Heber Otazú

Los autores analizan 1.000 historias de apendicectomías y sus complicaciones que corresponden a la Clínica Quirúrgica "1".

Destacan la importancia que tuvo la infección, como complicación, en todas sus formas, e insisten en la jerarquía que asume este acto quirúrgico a la vista de esta estadística.

Palabras clave (Key words, Mots clés) MEDLARS: Appendectomy.

INTRODUCCION

Analizaremos las complicaciones de la apendicectomía —como técnica quirúrgica—, que soluciona, habitualmente, una patología: la apendicitis aguda y/o sus complicaciones. Aquéllas, están íntimamente ligadas a éstas (2, 3, 16), ya que actualmente, no existen discrepancias conceptuales, en cuanto a la técnica, y las discutidas, en otros tiempos, variantes de la misma, pensamos que ya no tienen proyección pronóstica.

El avance actual de la cirugía, de la anestesiología y de las técnicas de reanimación, pueden hacer pensar que tratar este tema es obsoleto. Al contrario, sostenemos que es un tema en vigencia, pese a la antibioterapia, cuyo uso indiscriminado contribuye a que operemos casos evolucionados. Es frecuente, que el médico se contente con el diagnóstico de "angina" o "enterocolitis", administrando antibióticos, sin el seguimiento adecuado del paciente.

Por otra parte, existe una tendencia generalizada, a menospreciar esta intervención quirúrgica, lo cual contribuye, con su cuota parte, a engrosar el capítulo de las complicaciones.

En el año 1962, Hojman (11), ya señalaba que morían en nuestro medio más de 50 pacientes por año, de apendicitis aguda (1 por semana). Algo similar a lo observado por Asiner y uno de nosotros (2). Estas cifras, que deberían llegar a *ceró*, se mantienen fundamentalmente por tres causas: retardo diagnóstico (16); demora en la consulta, y por ende el retraso en la laparotomía. Tiene actualísima vigencia, el concepto de Larghero (12), "más

*Clínica Quirúrgica "1" (Prof. A. Aguiar).
Hospital Pasteur. Montevideo.*

vale un apéndice sano en un frasco que uno patológico en el abdomen". Por lo tanto, la laparotomía precoz, frente al diagnóstico seguro, o la sospecha, o aún ante la duda, debe ser la conducta de elección, ya que distintos procesos patológicos pueden tener "máscara apendicular", y en el supuesto caso, de la inexistencia de la patología, la morbimortalidad, es casi *ceró*.

CLASIFICACION

No nos referiremos, a las complicaciones generales, inherentes a todo acto quirúrgico, por ejemplo: pulmonares, flebitis, etc.

Siguiendo a Altemeier (1), dividiremos a las complicaciones en:

A) *Complicaciones precoces:*

- Regionales.
- Generales.

B) *Complicaciones tardías.*

Dentro del Grupo "A", revisaremos:

- 1) Peritonitis;
- 2) Abscesos intrabdominales;
- 3) Infecciones de la herida;
- 4) Pileflebitis con abscesos hepáticos múltiples, y sepsis;
- 5) Fistula cecal;
- 6) Oclusión precoz;
- 7) Hemorragia postoperatoria.

Dentro del grupo "B", nos interesan:

- 1) Oclusión tardía;
- 2) Formación de trayecto fistuloso;
- 3) Eventración.

El citado Hojman (11), aporta al 13º Congreso Uruguayo de Cirugía (1962), una clasificación que opinamos de que no tiene valor para este trabajo, en el cual queremos jerarquizar las complicaciones más frecuentes. Pasaremos revista, sucinta, por cierto, a las complicaciones descriptas, para luego cotejarlas con nuestra casuística. De ello surgirán conclusiones, de táctica, técnica y oportunidad ope-

Presentado como Tema Libre al 30º Congreso Uruguayo de Cirugía. Montevideo, Noviembre de 1979.

Asistente de Clínica Quirúrgica, Residente de Clínica Quirúrgica y Postgrados de Cirugía. Fac. de Medicina.

Dirección: Cno. Carrasco 4146, Montevideo (Dr. C. Armand Ugon).

ratoria, de acuerdo a lo evidenciado por las complicaciones.

Oclusiones. — Como se ha visto, las dividimos en *precozes* y *tardías*. Se trata pura y exclusivamente, de una manera de agruparlas, que tiene valor didáctico, pero no práctico. En efecto, desde hace tiempo tenemos el concepto que frente a un cuadro oclusivo postapendicectomía, no importa tanto la proximidad que tenga con el acto quirúrgico, sino que debemos catalogarla como: *funcional*, *mecánica* o *mixta*. En efecto, cualquier tipo de oclusión, y sobre todo la mecánica, es capaz de producirse, en cualquier momento, después de la operación (Ormaechea y Aguiar) (19) (Mautone) (15). Si bien sabemos que los cuadros oclusivos inmediatos son en su mayoría funcionales (íleos paralíticos), queremos con ello remarcar un concepto: la oclusión postapendicectomía, debe balancearse correctamente sabiendo reconocer rápidamente "su tipo" a los efectos de instaurar el tratamiento correcto, que en caso de ser mecánica es quirúrgica y de urgencia.

T i p o

- 1) *Ileo Paralítico*:
 - peritonitis,
 - epiploitis,
 - manoseos.
- 2) *Mecánicas*:
 - bridas,
 - vólvulos.
- 3) *Mixtas*:
 - mechas, tubos de drenajes,
 - abscesos,
 - cuerpos extraños, bridas.
- 4) *Oclusiones Independientes de la Apendicectomía*:
 - neo de colon izquierdo,
 - sigmoiditis.

Destacamos la posibilidad de ignorar un neoplasma del colon izquierdo, que se evidenció por un dolor en FID, o interpretar erróneamente como de origen apendicular —e ignorar la verdadera causa—, a una peritonitis de origen diverticular, colónico, con mala evolución postoperatoria, y rectificación del diagnóstico, en la reintervención. Los casos observados, tuvieron mala evolución.

Peritonitis. — Están íntimamente relacionadas a la peritonitis apendicular y a su correcto tratamiento. Ya en 1960, Altmeier (1), insiste en la existencia de una *flora polimicrobiana sinérgica*. Hoy día conocemos además, el papel importante que juegan los anaerobios, tan difíciles de ser estudiados en nuestro medio. La conducta debe estar dirigida a evitar la persistencia del cuadro peritoneal sea en su forma difusa o localizada (abscesos). Nuestra conducta es: administrar antibióticos en el postoperatorio, y variarlos de acuerdo a la evolución clínica, al examen bacteriológico y/o an-

tibiograma. Preferimos la asociación de Ampicilina y un aminoglucósido (Gentamicina). Reanimación preoperatoria adecuada (en base a los parámetros clínicos conocidos, y al laboratorio), siendo de importancia en el pre, intra y postoperatorio, la degravitación gastroduodenal, por sonda nasogástrica, de acuerdo a lo establecido por uno de nosotros (20). Disminuye el íleo gastroyeyunal, ayuda a prevenir la aspiración de vómitos en la inducción anestésica y colabora en el tratamiento del íleo postoperatorio. El tratamiento será la laparotomía, habitualmente por incisión de Mac Burney, apendicectomía, toilette peritoneal (en base a un lavado abundante, sin dejar antibióticos en el peritoneo, factor de futuras complicaciones sobre todo adherenciales), y drenaje peritoneal con tubo de látex siliconado, del foco y Douglas, por lo menos.

La evolución de una peritonitis apendicular puede ser: el cuadro sigue a expensas de una sepsis (caso de peritonitis muy evolucionadas), en que el tratamiento es el de la sepsis con pronóstico gravísimo; o más habitualmente como una peritonitis localizada (absceso). Debemos de mencionar a aquella peritonitis que se produce, como consecuencia de un inadecuado manejo técnico, con fallas del muñón apendicular, o necrosis del fondo cecal. Factores que pueden estar también, en la base de una fistula cecal. No debemos de olvidar a los drenajes como posible causa de esta peritonitis y/o fistula.

En cuanto a los abscesos, únicos o múltiples, recordamos especialmente el del Douglas, que en la gran mayoría de los casos es secundario a la apendicectomía, y sobre todo en aquellos casos de apendicitis aguda gangrenosa, en que no se dejó drenaje, o éste se retiró precozmente. Se evacuará, por vía rectal, vaginal, o por laparotomía, si su localización es alta.

Fistula Cecal. — Ha sido y es, un problema, que aún no tiene una explicación, que conforme a todos. No entraremos en las ventajas o inconvenientes, del "encapuchonamiento" del muñón apendicular. Puede deberse a defectos técnicos, por manejo inconveniente del ciego, especialmente en apendicectomías difíciles, sobre todo a topografía retroascendente, con ciego acolado. En estos casos se debe ampliar la incisión, decolar el cecoascendente, si es necesario, o aún realizar otra incisión. Recordamos al respecto, la maniobra de Blanco Acevedo (4), que secciona verticalmente, hacia arriba o hacia abajo, la vaina del recto. No hacer apendicectomías, salvo situaciones excepcionales, a través del saco herniario, de una hernia inguinal derecha (11). Se debe respetar la vascularización de la unión ileocecal. No ligar la recurrente apendicular o una de las ramas cecales de la ileobicecoapendiculocólica, Stajano (24). La tracción incorrecta del ciego y última asa ileal, puede causar desgarros en el área avascular, y aún isquemia, que en más de una oportunidad, ha requerido como solución la realización de una hemicolectomía derecha. Si nos encontramos con una ileitis de Crohn, autores como Mason (14), opinan que debemos realizar la apendicectomía, ya que la

fistulización, no es a nivel del muñón, sino de las asas vecinas.

Las infecciones de la herida, se desarrollan entre el 4º y 8º día del postoperatorio. Depende en parte de los cuidados que tengamos con la herida, para evitar su contaminación, con el foco apendicular. Puede ir desde un simple flemón (es lo habitual), hasta una celulitis necrotizante, progresiva, con compromiso vital del paciente.

COMPLICACIONES ALEJADAS

Mencionaremos solamente la eventración, ya que las otras dos ya fueron analizadas. Depende de los mismos factores que para cualquier tipo de eventración. Veremos que es poco frecuente, pese a lo frecuente de las infecciones parietales. Se recuerda la posible aparición de hernia inguinal derecha, postapendicectomía, (Galeano) (9).

Existen otros tipos de complicaciones, como hemorragias intraperitoneales (Cendán) (5), dehiscencia de la herida, que como las pileflebitis (gravísimas), son excepcionales. Lo mismo acontece con la posible patología del muñón apendicular (granulomas, neuromas y aún la apendicitis del muñón) (Detrié) (7), (Perucho) (21), (Wolcott) (26).

CASUÍSTICA

Fueron revisadas y tabuladas, 1.000 historias de apendicectomías, de la Clínica Quirúrgica '1'.

Antes de comenzar el desarrollo de los datos más importantes, extraídos, aclaramos que en relación al tema que tratamos creímos conveniente "calificar" de alguna forma a los equipos quirúrgicos que actuaron. Opinamos que en un trabajo sobre complicaciones quirúrgicas, que se hace sobre la base de una casuística extraída de los Archivos de una Clínica que "forma" cirujanos, a lo cual se suma la tendencia habitual que a esta operación se la deja a los cirujanos más jóvenes. Esta debe ser una aclaración importante. Es así que hicimos la clasificación de los equipos en Nos. "1" y "2", siendo el 1º aquellos integrados por lo menos por un Asistente o Residente de clínica, y los equipos "2", por médicos y/o practicantes internos. Como en más del 90 %, se trató de un equipo "1", no fue significativo en la apreciación de las complicaciones, pero destacamos el hecho de que no hubo groseros errores técnicos.

Los datos generales, extraídos en cuanto a edad, sexo, etc., tienen una importancia relativa en cuanto al presente tema, por lo que haremos mención sólo a los más importantes. La edad promedio fue de 26 años, y hubo un leve predominio del sexo femenino sobre el masculino (55 % contra 45 %). De esto no se deduce que las apendicitis agudas sean más frecuentes en la mujer que en el hombre, sino que eran más mujeres (por mayores errores diagnósticos).

En efecto: de los 1.000 apendicectomizados, el 20,68 % no tenían una apendicitis aguda.

De ese porcentaje, el 33,81 % (1/3), correspondió a laparotomías en blanco, mientras que el restante 66,19 % (2/3), correspondió a otra patología, fundamentalmente ginecológica (que constituyó aproximadamente el 50 % de las mismas). En el cuadro siguiente se detallan las distintas causas, motivo de apendicectomía con apéndice sano:

40 casos	.....	anexitis derecha (*)
24 "	.....	quiste de ovario (*)
29 "	.....	adenitis mesentérica
11 "	.....	rotura folicular
6 "	.....	colecistitis agudas
6 "	.....	cuadro oclusivo por bridas
5 "	.....	quiste renal derecho
2 "	.....	ulcus perforado
1 "	.....	TBC ileocecal
1 "	.....	divertículo ileocecal
1 "	.....	vólvulo de ciego

(*) 6,40 % del total de apendicectomías (50 % de apendicectomía por otra patología).

Hubo 9 casos de apendicectomías incidentales, sin consecuencias. Es de recordar las posibles consecuencias medicolegales, de una apendicectomía incidental, en el curso de una exploración por herida o traumatismo abdominal.

Hubo dos casos de ileitis, dos de embarazo, y un caso de sufusión hemorrágica del ciego, en un cuadro de síndrome hemorrágico.

Mortalidad. — Hubo 8 muertos (0,8 %), y los 8 casos presentaban una apendicitis aguda. Las causas de muerte, las resumimos en este cuadro:

Caso 1:	Mujer, 64 años.	Apéndice perforado, más peritonitis. Postoperatorio: Fístula Cecal.
Caso 2:	Mujer, 76 años.	Mal estado general. Apendicitis flemosa. Absceso del Douglas. Causa de la muerte: TEP.
Caso 3:	Hombre, 44 años.	Peritonitis difusa. A las 72 horas: TEP.
Caso 4:	Hombre, 42 años.	Peritonitis difusa. Fallece en SEPSIS irreversible.
Caso 5:	Mujer, 86 años.	Insuficiencia renal. Peritonitis apendicular. Muerte súbita en 48 horas (¿TEP?)
Caso 6:	Mujer, 56 años.	Apendicitis edematosa. Sepsis a Gram (—).
Caso 7:	Mujer, 60 años.	Peritonitis difusa. Fallece en forma súbita, precedida de dolor precordial, más cianosis y disnea (¿TEP?, ¿IAM?).
Caso 8:	Mujer, 45 años.	Insuficiencia renal crónica. Peritonitis Difusa. Fallece por sepsis irreversible.

Se deduce que las muertes se debieron a dos grandes causas: a) *Muerte súbita*, que en la mayoría de los casos fue interpretada como TEP, y B) *Sepsis*. En cuanto a este último punto, remarcamos el hecho de que en un solo caso se demostró de que se trataba de sepsis a Gram (—). En ningún caso se hizo estudio para anaerobios. En todos los casos la evolución del cuadro apendicular en el momento de la apendicectomía, era de más de 48 horas. Apendicitis “evolucionadas”, como lo atestigua el hecho de que en 7 casos se trataban de peritonitis apendiculares (6 peritonitis difusas y 1 localizada —absceso del Douglas—). Todos los casos en personas de más de 40 años, algunos de ellos seniles (64, 76, 86 años). Es de recordar que en los viejos, así como en los niños, el cuadro apendicular puede ser atípico y en consecuencia operarse cuadros evolucionados.

En lo referente a la incisión usada, para el abordaje del cuadro abdominal, se dividen así:

Mac Burney - Gosset	536
Mac Burney	294
Tranversal de FID	106
Jalaguier . .	24
Mediana Infra	12
Mediana Supra	10
Pfanestiel	8

Los hallazgos operatorios, cuando se trató de apendicitis agudas —que consta en 700 casos— fueron:

Apéndice congestiva	270 casos
Apéndice supurada . .	236 casos
Apéndice gangrenosa	94 casos
Apéndice perforada	96 casos
Apéndice con oxiuros . .	2 casos

Destacamos las escasas complicaciones postoperatorias de las apendicitis agudas congestivas. Las complicaciones, especialmente las supuraciones, correspondieron a las apendicitis supuradas, gangrenosas y/o perforadas. Especialmente las peritonitis, origen de futuras complicaciones.

288 casos presentaban peritonitis, de los cuales 148 eran peritonitis localizadas y 140 peritonitis generalizadas.

No se pudo realizar la *apendicectomía* sólo en 5 casos, por no encontrar el apéndice que seguramente estaba incluido en el pus peritoneal. Cuatro de estos casos eran peritonitis localizadas y sólo un caso de peritonitis generalizada.

Se dejaron drenajes en 268 casos, siendo en el foco en 108, en el Douglas en 86, en ambos en 70 y 4 drenajes subhepáticos. El cierre de la incisión, en casos de peritonitis, mereció esta forma de drenaje.

60 casos piel abierta.
caso todos los planos abiertos.

Lo referente a las complicaciones postoperatorias como abscesos de entrada que en su totalidad fueron 210 casos es decir el 21 %, de los

cuales el 63,8 % correspondió a procesos supurados, parietales y/o intraperitoneales. La mayoría de ellos parietales, y sin mayor trascendencia, por ser supuraciones de la herida, resueltas en policlínica. Sólo casos excepcionales prolongaron en forma significativa los días de internación. En esto coincidimos con la estadística de Machado Da Luz (13), presentada al 15º Congreso Uruguayo de Cirugía. No hubo peritonitis graves atribuibles a defectos de técnica. Recordamos que 4 pacientes fallecieron por sepsis debido a la evolución de apendicitis evolucionadas (peritonitis apendiculares), pero no como consecuencia de la propia operación. Hubo en cambio 8 abscesos del Douglas, por no haber dejado drenaje —o por su remoción precoz—, en casos de peritonitis mal valoradas, o en casos de apendicitis gangrenosas.

Le sigue en orden de frecuencia el *íleo postoperatorio* (4,2 %), habiendo considerado íleo a la alteración del tránsito para materias y gases, superior a 4 días del postoperatorio. En tercer lugar, la *eventración*, de las cuales todos correspondieron a Mac Burney y Mac Burney - Gosset (1,2 %). Es de destacar las reconocidas bondades de este tipo de incisión (por disociación), si recordamos que las principales complicaciones fueron las supuraciones parietales. Le sigue en orden de frecuencia la *fístula cecal* (1 %). El resto de las complicaciones, todas ellas inferiores al 1 %, se dividen así: *hematomas importantes* de la pared (0,6 %); *oclusión intestinal* en el postoperatorio alejado (0,6 %), y un caso de *hemorragia intraperitoneal* postoperatoria, que correspondió al síndrome hemorrágico anteriormente mencionado.

Relación entre complicación intraoperatoria y complicaciones postoperatorias. — Creemos que reviste especial importancia relacionar las eventuales complicaciones postoperatorias, con los accidentes operatorios. Es así que en 10 casos hubo desgarro en la pared cecal, y de ellos hubo sólo 2 complicaciones que correspondieron a flemones de la pared. En 3 casos de depulimiento de la serosa cecal, no hubo complicaciones. En 4 casos de rotura accidental del apéndice, se complicó 1 (25 %), con peritonitis localizada, que se solucionó quirúrgicamente con drenaje del foco, quedando una fístula cecal, secular, que cerró espontáneamente. En las hemorragias por desgarro del mesoapéndice (5 casos), no hubo complicaciones.

Dado lo frecuente de las infecciones parietales, debemos recordar el axioma que dice: “que debe operarse, en vistas del postoperatorio”. En efecto, existen una serie de medidas de técnica local en el cuidado de la herida, que disminuyen en gran parte esta complicación. Así la protección con compresas, el lavado profuso, al ir cerrando por planos, especialmente si hubo contaminación. Además la eventualidad de dejar la piel entreabierto, evitando eventuales colecciones supuradas. Es una operación que no debe ser subestimada.

CONCLUSIONES

Se desprenden de los datos estadísticos enumerados en cada uno de los capítulos analizados. No obstante queremos enumerar, para terminar, una serie de conceptos que hemos extraído de la práctica quirúrgica diaria, y de la bibliografía consultada. Son regularmente conceptos de toda la cirugía de urgencia en general, pero que en la apendicectomía, por ser habitualmente, un acto quirúrgico sencillo, cobran mayor difusión y validez:

1) El diagnóstico se impondrá como positivo ante la más mínima sospecha o duda, y por lo tanto la solución debe ser quirúrgica y de urgencia;

2) Se administrarán antibióticos en el postoperatorio con vistas, fundamentalmente, de la presencia de los microorganismos anaerobios, los grandes responsables de las complicaciones infecciosas —graves—;

3) *Jerarquización del acto quirúrgico*, que abarca una serie de conceptos, que podrían formar un capítulo de deontología médica (Ficarra) (8), (Norton) (18). Creemos que en esta serie se refleja este concepto por la escasa yatrogenia puesta en evidencia. Es que en la casi totalidad de los casos, se integró un equipo quirúrgico con un cirujano de experiencia;

4) Seguimiento postoperatorio, con los mismos cuidados que en el acto quirúrgico, para prevención de las complicaciones, fundamentalmente yatrogénicas, por mechas, tubos, etc.

Estas pautas, que no por repetidas dejan de tener vigencia permanente, deben ser la mira de todos los cirujanos para poder disminuir la morbimortalidad, que todavía existe, en este acto quirúrgico sencillo.

RESUME

Complications de l'appendicectomie (a la suite de 1.000 cas)

Les auteurs analysent 1.000 histoires d'appendicectomies et leurs complications, que correspondent à la Clinique Chirurgicale "1". On met en relief l'importance qu'a eu l'infection, en tant que complication, sous toutes les formes, et d'après cette statistique, on insiste sur la hiérarchie que cet acte chirurgical acquiert.

SUMMARY

Complications of Appendectomy (Analysis of 1.000 Cases)

1.000 patients who underwent appendectomy in the 1st. surgical clinic were studied.

The importance of infection in all its forms is pointed out. The authors insist in the significance this operation assume according to this review.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALTEMEIER WA y CULBERTSON WR. Complicaciones de la apendicectomía. En: Artz-Hardy: Complicaciones en cirugía y su tratamiento. Ed. Española. Edit. México. Interamericana, 1965.
2. ASINER B y ARMAND UGON C. Plastrones y abscesos apendiculares (excluidos los postoperatorios). *Congreso Médico Quirúrgico Rioplatense de Emergencia*, 19, Montevideo, 1978 (Inédito).
3. BERARD et VIGNARD. L'Appendicite. Paris. Masson, 1914.
4. BLANCO ACEVEDO E y MORADOR JL. Un pequeño detalle de técnica, en la apendicectomía. *An Ateneo Clín Quir*, 4: 367, 1938.
5. CENDAN ALFONSO J y LATOURRETTE F. Las hemorragias peritoneales graves, en las apendicitis agudas. *Bol Soc Cir Uruguay*, 27: 14, 1956.
6. CERRUTI N. Apendicectomías difíciles. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 19, 1950.
7. DETRICE P. El Postoperatorio en la Cirugía Abdominal. Ed. Española. Barcelona. Toray-Masson, 1973.
8. FICARRA BJ. Medico-surgical negligence in appendectomy. *Leg Med Annu*, 63: 81, 1977.
9. GALEANO F y TALEISNIK J. Hernia inguinal derecha, postapendicectomía. *Prensa Méd Argent*, 47: 32, 1960.
10. GOUZI JL, GOUZI M et alii. Complications graves de l'appendicectomie. A propos de 11 cas. *Problemes chirurgicaux et nutritionnels. Chirurgie*, 103: 430, 1977.
11. HOJMAN I. Complicaciones de las apendicectomías. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 139, 1962. V. 1.
12. LARGHERO P. Diagnóstico positivo de la apendicitis aguda. *Día Méd Urug*, 3: 872, 1942.
13. MACHADO DA LUZ R. Reintervenciones en cirugía del apéndice ileocecal. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 159, 1964.
14. MASON JH, BYRNE MP and GAU F. Surgery of the vermiform appendix. *An Surg*, 57: 1303, 1977.
15. MAUTONE D. Oclusión intestinal postapendicectomía. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 139, 1962. V. 1.
16. MONDOR H. Abdomen Agudo. Barcelona. Toray-Masson, 1963.
17. NOBLE TB. Ileo paralítico por peritonitis consecutiva a apendicitis. *Am J Surg*, 84: 419, 1952.
18. NORTON LW, SWEENEY M and EISMAN B. Incidental appendectomy with laparotomy for trauma. *Br J Surg*, 62: 487, 1975.
19. ORMAECHEA C y AGUIAR AR. Oclusión intestinal postapendicectomía. *Congreso Uruguayo de Cirugía*, 59, 1954, p. 415.
20. PARMA D. Degravitación Gastro-Dudoenal. Monografía. Montevideo, 1978 (Inédita).
21. PERUCHO P, NICOL J et OUTREQUIN. Le syndrome appendicite recidivée, apres appendicectomie. *Marseille Chir*, 12: 362, 1960.
22. PETTINATO G. A proposito di reintervento a seguito di appendicectomia in chirurgia d'urgenza. *Chir Ital*, 29: 642, 1977.
23. ROGLIA J. Complicaciones de la apendicitis aguda. *An Ateneo Clín Quir*, 12: 389, 1946.
24. STAJANO C. Los pequeños grandes detalles de la apendicectomía. *Arch Urug Med*, 16: 518, 1940.
25. VALLS A. Apendicitis Aguda. Cuadernos de Medicina y Cirugía de Urgencia. Montevideo. Of. del Libro, 75: 1971.
26. WOLCOTT. Apendicitis after appendectomy. *J.A.M.A.*, 170: 1151, 1959.